

La salut a Barcelona 2014



Índex: La salut a Barcelona 2014

PRESENTACIÓ	4
RESUM EXECUTIU	5
ELS DETERMINANTS DE LA SALUT I LES DESIGUALTATS EN SALUT A LES ÀREES URBANES	12
EL CONTEXT SOCIOECONÒMIC.....	15
Les condicions sociodemogràfiques	15
L'entorn domèstic: la violència masclista	17
L'entorn econòmic	17
Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil	20
Les accions en salut pública	24
La participació de la comunitat	27
Els serveis sanitaris	28
EL CONTEXT FÍSIC	34
Les condicions de l'habitatge i del barri	34
La seguretat alimentària	36
La qualitat de l'aire	38
La qualitat de l'aigua	41
ELS COMPORTAMENTS RELACIONATS AMB LA SALUT	44
La mobilitat	44
L'alimentació saludable	45
LA SALUT	47
L'esperança de vida i la mortalitat	47
Les malalties transmissibles	51
Les infeccions per VIH/sida	51
Les infeccions de transmissió sexual	53
La tuberculosi	55
Els trastorns crònics	57
L'estat de salut percebut	58
L'obesitat i l'excés de pes	59
La salut sexual i reproductiva	60
La salut mental i les addiccions	63
La salut laboral	69
Les lesions per col·lisió de trànsit	72
Les desigualtats en salut als barris	73
MONOGRÀFICS.....	78
Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona	78
Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona	82
Vigilància i control de l'arbovirus	86
LA SALUT EN XIFRES	90

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Gemma Tarafa i Orpinell

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Maribel Pasarín i Rua

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll (ASPB)

Redacció

ELS DETERMINANTS DE LA SALUT I LES DESIGUALTATS EN SALUT A LES ÀREES URBANES

Carme Borrell (ASPB).

EL CONTEXT SOCIOECONÒMIC

Lucía Artazcoz (ASPB), Carme Beni (CSB), Montserrat Casamitjana (CSB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Júlia Duran (ASPB), Ana García (CSB), Mireia Garcia (ASPB), Josep Gòmez (DRiC), Ana M. Novoa (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Esther Trincado (CSB), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

EL CONTEXT FÍSIC

Júlia Duran (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Marc Rico (ASPB), Verónica Trabado (ASPB).

ELS COMPORTAMENTS RELACIONATS AMB LA SALUT

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Elena Santamariña (ASPB).

LA SALUT

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell, (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Joan Artur Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB).

MONOGRÀFICS

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Glòria Pérez (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Olga Juarez (ASPB), Patricia Garcia (ASPB).

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Mireia Fontcuberta (ASPB), Samuel Portaño (ASPB), Santiago Rodellar (ASPB), Julia Durán (ASPB).

Vigilància i control de l'arbovirus

Tomás Montalvo (ASPB), Lúdia Fernández, Sandra Franco (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Esteve Camprubí (ASPB), Roser González (ASPB), Albert Prats (ASPB), Pilar Gorrindo (ASPB), Joan Caylà (ASPB).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona

DRiC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona

Presentació

Des de fa 31 anys, l'informe de salut presenta els determinants de la salut i l'estat de salut de la ciutadania de Barcelona i constitueix a dia d'avui una eina d'anàlisi i planificació de primera importància de la ciutat. Aquest any cal destacar l'esforç realitzat per presentar les desigualtats en salut als barris de la ciutat, fent servir una eina que promou l'Organització Mundial de la Salut (Urban Health Equity Assessment and Response Tool). Aquesta eina ens mostra com, malgrat els bons nivells de salut que hi ha al conjunt de la ciutat, existeixen importants desigualtats entre barris i com els situats al sud-est i al nord de la ciutat són els que tenen indicadors més desfavorables. L'acció per reduir aquestes desigualtats constitueix una de les prioritats que volem impulsar des de l'Ajuntament.

Quant al context sociodemogràfic cal ressaltar que es manté el nombre d'habitants, el percentatge d'immigrants i també la tendència creixent en el nombre de persones grans que viuen soles. El context econòmic continua sent advers: es manté la desocupació i s'incrementa la contractació temporal i la població desocupada sense prestació d'atur.

Respecte a la qualitat de l'aire ens preocupen els alts valors d'NO₂. Cal continuar fent esforços intersectorials per acostar-se a les recomanacions d'organismes com l'Organització Mundial de la Salut, que, basant-se de forma més directa en l'impacte sobre la salut, recomanen nivells més restrictius de diferents contaminants. L'anàlisi de l'aigua a les aixetes de la ciutadania en edificacions antigues assenyala l'excés de plom com a primera incidència. D'altra banda, seguim tenint un bon nivell de seguretat dels aliments.

Entre els resultats en salut, aquest any augmenta l'esperança de vida, millora l'estat de salut autodeclarat i continua la reducció en la incidència de la tuberculosi, tot i que cal mantenir els esforços en els grups de població més exposats. La incidència d'infecció pel VIH, tot i que disminueix, continua sent alta en el grup de persones que practiquen relacions sexuals de risc, i es confirma la importància de les accions de prevenció i de detecció precoç, igual que en les infeccions de transmissió sexual, que continuen estenent-se. Quant als serveis sanitaris, caldrà incorporar a les properes edicions de l'informe indicadors de qualitat assistencial i satisfacció ciutadana.

Vull agrair a totes les persones que han fet possible aquest informe. Aquesta anàlisi de la situació de salut a la ciutat ens permet prioritzar les polítiques públiques a implementar durant els propers anys.

Gemma Tarafa i Orpinell
*Comissionada de Salut
i Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona*

Resum executiu

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants la població de Barcelona el 2014 ha estat de 1.613.281 persones, 764.590 homes (47,4%) i 848.691 dones (52,6%). S'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys. Pel que fa al nombre de persones estrangeres, s'ha mantingut relativament estable els darrers anys, tot i que destaca un augment continuat d'aquelles nascudes a Europa i altres països desenvolupats i una reducció de les nascudes a països d'Amèrica del Sud i Amèrica Central, després d'anys d'increment. L'any 2014, 20.186 homes i 68.405 dones de 65 anys o més vivien sols, d'aquests, un 54,8% i un 68,9%, respectivament, tenen una edat de 75 anys o més. Segueix la tendència d'anys anteriors de reducció del percentatge de persones amb estudis primaris o menys i d'augment del de persones amb estudis universitaris.

L'entorn domèstic: la violència masclista

El servei municipal ambulatori d'atenció específica a les dones que viuen violència masclista i que pot afectar els seus fills i filles ha atès 1.345 dones (15% més que el 2012). La procedència de les dones en el 58% dels casos era l'Estat espanyol, xifra similar a la del 2012, i en el 42% restant era majoritàriament Amèrica Llatina i, en menor percentatge, el Magrib.

L'entorn econòmic

L'atur i la taxa d'ocupació han disminuït lleugerament en els homes i s'han incrementat en les dones, mentre que en ambdós sexes ha disminuït la població activa. Tanmateix l'atur continua sent alt. L'atur de llarga durada ha augmentat i afecta més les persones més grans, sobretot les dones. El 2014 hi havia més persones aturades que no cobraven cap prestació o subsidi d'atur (el desembre del 2014 eren el 47,6% de totes les persones aturades). Paral·lelament, la nova contractació ha continuat sent majoritàriament temporal, amb una lleugera disminució respecte al 2013 i amb major presència entre les dones i les persones més joves.

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

La situació de les llars amb menors és molt diferent en funció del nivell de renda, el lloc de residència, la situació laboral o el nivell acadèmic dels progenitors. La desigualtat territorial pren rellevància en les carències materials. El conjunt de barris amb ingressos baixos té fins a 7,4 vegades més carències materials severes que el conjunt de barris amb rendes altes.

Les accions en salut pública

Vacunacions

S'ha dut a terme el traspàs de la vacunació escolar als equips d'atenció primària. L'avaluació de la prova pilot sobre la base de les taxes de cobertura ha considerat que el traspàs havia estat adequat, si bé s'ha recomanat fer un seguiment més intens de les escoles amb cobertures inferiors al 77%.

Programa «Salut als Barris»

El programa ha ajudat a consolidar o, en alguns casos, a establir grups motors a cada barri on s'ha desenvolupat. S'han posat en marxa intervencions per a infants, joves, adults i gent gran, fent servir els actius locals i d'acord amb prioritzacions participatives.

S'han dut a terme a 13 barris dels 73 de la ciutat: el Poble-sec; les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Maresme; la Verneda i la Pau i Trinitat Nova.

Programa de cribratge de càncer de mama

La participació s'ha mantingut pels volts del 50%, però amb moltes diferències en funció del nivell socioeconòmic del barri i, per tant, de la presència de doble cobertura sanitària que hi hagi. S'ha diagnosticat un càncer a 4,9 dones de cada 1.000 a qui se'ls ha fet una mamografia.

La participació de la comunitat

La participació de la comunitat és convenient i necessària per al bon funcionament de l'acció de salut pública. En estratègies comunitàries, com les promogudes a Barcelona pel programa «Salut als Barris», la participació és un element clau del procés, juntament amb la intersectorialitat. A 24 barris de la ciutat l'ASPB està implicada en els grups d'acció comunitària orientats a promoure la salut. També són necessaris espais de debat i diàleg que impliquin serveis públics i entitats, per conèixer les necessitats de salut i decidir-ne l'abordatge. L'ASPB participa en els 10 consells de salut de la ciutat així com en 13 grups de participació d'àmbit de ciutat.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària han donat cobertura al 70,1% del total de la població assignada (65,2% d'homes i 74,6% de dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatria per persona i any.

L'atenció a les urgències

L'activitat realitzada l'any 2014 ha estat de 638.968 urgències ateses, una xifra un 2% superior a la de l'any 2013. La taxa global d'urgències és de 341 (338 l'any 2013). Barcelona gaudeix d'un pla d'urgències amb mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient, hospitalari o extrahospitalari, segons les necessitats individuals. La implementació de protocols o codis d'actuació, com els codis infart, ictus, politrauma i altres, contribueix a millorar l'atenció immediata i el seguiment de les persones afectades.

L'atenció especialitzada hospitalària

Les causes d'hospitalització més freqüents entre la població de Barcelona continuen sent les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits i les malalties de l'aparell circulatori. En les dones cal destacar els ingressos per causa obstètrica, que ocupen el tercer lloc. El 55% de les altes són de pacients que han ingressat per sotmetre's a procediments quirúrgics, i la meitat s'intervenien per cirurgia major ambulatoria, una disciplina creixent que confereix major qualitat al pacient i millora l'eficiència del procediment.

L'atenció sociosanitària

Com a continuació del procés d'adaptació de la xarxa sociosanitària, es consoliden i augmenten les unitats de subaguts on es presta atenció integral a persones amb una malaltia crònica coneguda i evolucionada que, a causa d'una reagudització o un empitjorament de l'estat de salut del pacient, requereix hospitalització amb una intensitat de recursos intermedis. Aquesta atenció està destinada a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica continuada. L'objectiu d'aquesta atenció ha de ser l'estabilització clínica i la rehabilitació integral.

La prestació farmacèutica

L'Àrea Integral de Salut (AIS) Dreta és el territori amb major percentatge d'ús de receptes electròniques (96,5%), seguit de l'AIS Nord (93,5%), l'AIS Litoral Mar (93,47%) i l'AIS Esquerra (93,2%).

Els grups amb major despesa són els antipsicòtics (6,8%), els inhalatoris adrenèrgics (5,7%) i els antiepilèptics (5,4%). Els deu primers principis actius en receptes representen un 31,4% de les receptes de les especialitats farmacèutiques.

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

Les condicions de l'habitatge i de l'accés a un habitatge digne poden repercutir sobre l'estat de salut tant físic com mental de les persones i poden generar desigualtats en salut. L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 3.055 llançaments, la majoria en habitatges de lloguer. S'ha reduït el nombre de persones que dormen al carrer i que resideixen en assentaments, però a causa d'un augment dels recursos assistencials. Un 3,4% de la població de Barcelona (54.290 persones) s'ha inscrit al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial (HPO), i algunes persones s'han pogut beneficiar de les 527 adjudicacions d'HPO. Ha continuat la reducció en el nombre d'ajuts a la rehabilitació d'edificis així com en el nombre d'ajuts al lloguer a través del programa Lloguer Just. No obstant això, els ajuts d'especial urgència han augmentat, en incloure-s'hi ajuts a persones amb atur de llarga durada.

La seguretat alimentària

L'any 2014 s'han investigat 62 alertes alimentàries (47 el 2013) per evitar riscos de salut pública produïts per la presència de perills físics, químics o biològics en aliments o en materials en contacte amb els aliments. Els aliments més freqüentment implicats han estat els productes de la pesca amb contaminació química. Els perills més habituals han estat els químics (mercuri, cadmi, amines aromàtiques, aflatoxines o plom) seguits dels biològics (salmonel·la, *Listeria*, *Escherichia coli*...).

La qualitat de l'aire

La qualitat ambiental és un determinant important de la salut, ja que l'entorn físic influeix en les condicions de vida de les persones. L'ASPB porta a terme la vigilància continuada dels principals paràmetres de qualitat de l'aire a la ciutat, activant els circuits indicats en casos d'alerta per contaminació o episodis determinats i elaborant l'Informe anual de qualitat de l'aire a Barcelona. En aquest marc, es porta a terme el control i registre de l'evolució de 12 contaminants atmosfèrics, amb els requisits que estableix la legislació ambiental estatal i europea. Els resultats indiquen que hi continua havent problemes de contaminació de l'aire a la ciutat, sobretot els referits als alts nivells d'NO₂. Per tant, cal reforçar les mesures per reduir la contaminació a través

de la disminució de la principal font contaminat, el trànsit, no tan sols per tal de no superar els valors límit legalment establerts sinó per apropar-se als valors recomanats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

La qualitat de l'aigua

El desenvolupament dels programes de vigilància i control de la qualitat de l'aigua de consum humà permeten classificar les variables avaluades (desinfecció, condicions sanitàries de les instal·lacions i programes d'autocontrol) com a correctes i qualificar les tres zones d'abastament de Barcelona amb valors de qualitat conformes a la normativa.

Enguany, la reducció normativa de la concentració màxima de plom permesa a l'aigua de consum, que ha passat de 25 µg/l a 10 µg/l, ha suposat l'augment del nombre d'incidències detectades per aquest metall. Qualsevol persona resident a Barcelona pot verificar si l'aigua del seu habitatge conté un excés de plom sol·licitant una analítica de control gratuïta a l'ASPB.

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

Segons l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona (EMEF) l'any 2014 s'han dut a terme diàriament 6,6 milions de desplaçaments per Barcelona. El 72,2% han estat desplaçaments interns i el 27,8% de connexió. El 78,3% han estat realitzats pels residents a la ciutat. Tant en homes com en dones, el 60% dels desplaçaments interns per Barcelona es fan per mobilitat ocupacional (el 40% restant per motius personals). El 80% dels desplaçaments de connexió són per mobilitat ocupacional. El mitjà de transport més usat en els desplaçaments interns és caminar, 51% en homes i 56% en dones. En canvi, en els desplaçaments de connexió el mitjà de transport més usat pels homes és el transport privat (54%) i el mitjà més usat per les dones és el transport públic (64%).

L'alimentació saludable

En el període del 2011 al 2014, un 3,9% dels nois i un 6,6% de les noies no esmorzen abans de sortir de casa, amb una tendència en ambdós sexes a la reducció d'aquests percentatges.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

L'any 2013 en els homes la principal causa de mort prematura, i evitable, continua sent el càncer de pulmó, però amb tendència a disminuir. En les dones el càncer de mama continua sent la primera causa, en canvi, la mortalitat per càncer de pulmó mostra una tendència creixent i continuada els darrers anys. D'altra banda, cal destacar el suïcidi, que se situa com la tercera causa de mort prematura en ambdós sexes.

L'esperança de vida ha augmentat a 80,7 anys en els homes i a 86,6 anys en les dones (era de 79,9 anys en els homes i de 85,7 anys en les dones el 2012). L'esperança de vida de la població sense estudis és d'aproximadament 4 anys menys respecte al total. D'altra banda, també s'observen desigualtats entre districtes:

l'esperança de vida és molt inferior a Ciutat Vella respecte a tot Barcelona, gairebé 3 anys menys en els homes i 2 anys menys en les dones.

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Els dos últims anys s'observa un descens en la incidència del VIH, malgrat això l'afectació continua sent molt alta i és la tercera malaltia de declaració obligatòria més freqüent a Barcelona, després de la gonocòccia i de la sífilis. Afecta en major mesura homes que tenen relacions homosexuals. Continua observant-se la disminució dels casos diagnosticats amb retard, així com la tendència al descens dels casos de sida.

Les infeccions de transmissió sexual

Des de l'any 2007 s'observa una tendència creixent de la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri. La major part dels casos ocorren en homes joves que tenen relacions homosexuals.

La tuberculosi

Durant l'any 2014 s'han detectat 300 casos de tuberculosi en persones residents a la ciutat, 187 homes i 113 dones. La incidència ha disminuït gairebé un 9% respecte a l'any anterior. La malaltia és més freqüent a Ciutat Vella, en població immigrant i en els barris amb rendes més baixes.

Els trastorns crònics

D'entre els trastorns més prevalents destaquen, segons l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona, la pressió arterial alta (25,2% de la població) i el colesterol elevat en sang (21,2% de la població). També són importants els trastorns crònics que limiten la capacitat funcional, com ara el mal d'esquena lumbar (23,5%), cervical (18,0%) i l'artrosi (23,2%); la prevalença d'aquests trastorns en les dones duplica la dels homes. La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn (18,2%) i la seva prevalença en les dones duplica la dels homes. Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (9,5%), l'otitis de repetició (8,8%), l'enuresi (8,0%), les al·lèrgies cròniques (6,2%) i les deficiències visuals (5,0%), totes elles amb poques diferències per sexe.

L'estat de salut percebut

Es manté la mala salut autopercebuda durant el període 2011-2014. En els homes el percentatge es manté pels volts del 14,5% i en les dones s'estabilitza els dos darrers anys pels volts del 20%. Tanmateix les diferències en la mala salut autopercebuda entre persones ocupades i desocupades en ambdós sexes s'amplien els darrers dos anys.

L'obesitat i l'excés de pes

El sobrepès en el període 2011-2014 és del 19,8% en els homes i del 25,9% en les dones, mentre que en obesitat, els valors són lleugerament superiors en els homes (13,8%) que en les dones (12,8%). S'observa una tendència a l'augment del normopès en ambdós sexes. L'excés de pes en infants i joves d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys ha estat superior entre els nois, amb un 25,2%, enfront del 17,6% de les noies.

La salut sexual i reproductiva

Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat de les dones en edat fèrtil s'ha mantingut estable, fins a aquest any, en què s'ha observat un lleuger descens de la fecunditat. En canvi, els avortaments havien crescut fins l'any 2008 i s'havien mantingut estables fins a aquest any 2014, en què han disminuït.

En les adolescents, tant els avortaments com la fecunditat han disminuït l'any 2014 i s'han situat en taxes inferiors a les dels anys 2003 i 2004. Tot i aquesta disminució global, els embarassos adolescents es distribueixen de forma desigual als barris de la ciutat i mostren un patró associat a la pobresa dels barris.

La salut mental i les addiccions

La salut mental

Els centres de salut mental d'adults han atès 42.704 persones, i els centres de salut mental infantil i juvenil 10.517. El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 prioritza la prevenció del suïcidi fent èmfasi en la millora de les patologies cròniques que en són un factor de risc, com ara la depressió. Dins aquest marc s'ha elaborat el codi risc de suïcidi, que es va posar en marxa el juny del 2014. El desplegament progressiu de les rutes assistencials està permetent fonamentar l'atenció amb un maneig compartit entre tots els serveis de salut del territori.

Amb les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona, s'observen diferències en la mala salut mental entre persones ocupades i aturades, especialment en els homes: els darrers tres anys la prevalença de mala salut mental dels aturats triplica la dels ocupats. En les dones aquestes diferències no segueixen un patró tan clar i són més pronunciades els anys 2011 i 2013.

Els centres d'atenció primària han notificat 317 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, sense variació respecte de l'any anterior. Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (69,7%).

Les addiccions

Als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) es va registrar un total de 4.252 inicis de tractaments. La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, la principal substància per la qual es va demanar tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona va ser l'alcohol (45%), seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiacis (17%) i el cànnabis (10%). Malgrat que els darrers anys el nombre de sobredosis mortals per reacció aguda adversa a drogues ha anat disminuint, s'han endegat mesures per reduir-les encara més, ja que un 5% de les sobredosis que inicialment no són mortals, acaben finalment produint la mort.

La salut laboral

Els indicadors de salut laboral s'han estabilitzat respecte de l'any 2014. Les lesions per accidents de treball greus han disminuït i les lleus han augmentat, seguint les tendències dels darrers anys. Les malalties professionals han variat molt poc, amb un lleuger augment de les que van cursar amb baixa i un lleuger descens de les que ho van fer sense. Les malalties relacionades amb el treball s'han mantingut estables. Les lesions per accidents de treball *in itinere* segueixen sent les més freqüents de les lesions greus i mortals. La patologia musculoesquelètica és la més habitual de les

malalties professionals, i els trastorns ansiosos i depressius són les malalties relacionades amb el treball que més sovint s'identifiquen als centres d'atenció primària.

Les lesions per col·lisió de trànsit

L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.766 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 11.380 persones lesionades i 31 mortes durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Globalment, no s'observen canvis importants en el nombre de persones lesionades, en canvi el nombre de persones mortes augmenta un 40,9% (ha passat de 22 el 2013 a 31 el 2014).

Les desigualtats en salut als barris

Una de les estratègies per reduir les desigualtats en salut consisteix a focalitzar les polítiques en els grups més desfavorits. L'Urban HEART és un instrument que permet obtenir una matriu d'indicadors que resumeixen en un format visual molt senzill i intuïtiu –sobre la base dels colors dels semàfors– les desigualtats entre àrees, i que s'ha aplicat als barris amb diferents indicadors de salut i dels seus determinants. A la matriu es pot observar com en alguns barris predominen els indicadors amb resultats més favorables (color verd), com a la majoria dels barris del districte de Sarrià – Sant Gervasi, mentre que en altres predomina el color vermell, com a la majoria dels barris del districte de Nou Barris. Aquest instrument permetrà identificar aquells barris amb pitjors indicadors de salut i els seus determinants per tal de posar-hi el focus amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut.

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Existeixen diferents marcs conceptuals que intenten posar en evidència els factors socials que tenen relació amb la salut i les desigualtats en salut de les poblacions. Les ciutats o àrees urbanes tenen característiques específiques que les diferencien dels altres àmbits d'actuació, com ara el país o la comunitat autònoma. El marc conceptual de la figura 1 intenta descriure els factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes, molts dels quals són responsabilitat dels governs municipals. Les seccions principals del marc són:

Governança

La governança es refereix no només al govern (local, regional, nacional), sinó també a altres actors que tenen un paper important a les ciutats, com ara el sector privat i la societat civil a través de les organitzacions i els agents socials.

Context físic

Es refereix al context natural (el clima o la geografia) i a altres factors físics, com ara el medi construït basat en la planificació urbana i la política d'habitatge, que depenen parcialment de les autoritats locals. La urbanització i l'urbanisme estan determinats per les infraestructures públiques (comunicacions, sistema de clavegueram), per les reglamentacions generals (en relació amb els edificis i l'ús de l'espai públic) i pels equipaments dels barris (instal·lacions esportives, sanitàries i educatives, mercats, biblioteques, etc.). Les polítiques d'habitatge (impostos, habitatge social de lloguer o de venda) poden fer-lo assequible a tothom i, sobretot, a les persones de les llars amb ingressos baixos, i l'absència d'aquestes polítiques converteix l'habitatge en un bé d'especulació, tal com ha passat en la crisi econòmica actual. Un altre aspecte del context físic és la mobilitat, que afecta tant la mobilitat de vianants com la possibilitat d'usar el transport públic o el privat. Els factors esmentats poden, a més, influir en les característiques ambientals, com ara la qualitat de l'aigua i de l'aire i la contaminació acústica, que són determinants importants de la salut a les zones urbanes. Finalment, també es té en compte l'accessibilitat a aliments saludables (disponibilitat i preu) i la gestió de les emergències que pot haver-hi en una ciutat.

Context socioeconòmic

Aquesta secció es refereix a diversos aspectes, com ara els factors econòmics, d'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar, els serveis públics (educació, salut, serveis per ajudar les famílies, etc.) i les transferències socials (pensions, prestacions per atur, etc.). Tot i que la majoria d'aquests factors són responsabilitat del govern del país, els governs de les ciutats tenen la capacitat de modificar-los. Altres aspectes inclosos són la seguretat, les xarxes socials i la participació de la comunitat, en què els diferents actors de la ciutat tenen capacitat d'intervenció.

Els entorns

Els entorns són els espais on les persones interactuen i on es creen o resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són els barris, les escoles o els llocs de treball. Tant el context físic com el socioeconòmic estan relacionats amb aquests entorns, tal com s'observa a la figura 1. Així, per exemple, les característiques

del medi construït i el context socioeconòmic influeixen en la segregació residencial de la població, fet que implica que les persones de classes socials desfavorides o immigrants de països de renda baixa tendeixin a viure en barris amb habitatges de menor valor i amb concentració de persones del mateix origen. Moltes ciutats arreu del món estan altament segregades per barris, amb múltiples barreres històriques, logístiques i pràctiques que impedeixen la relació entre els diferents grups socials. Aquesta segregació residencial determina les característiques socials de la població del barri i, per tant, es relaciona amb les desigualtats en salut entre diverses zones.

Els entorns són espais idonis per portar a terme accions per promoure la salut, accions que poden adoptar moltes formes, com ara l'accessibilitat a espais públics per fer activitat física (per exemple, àrees verdes o instal·lacions esportives) o accions per promoure la seguretat i el foment de les xarxes socials i la participació.

Eixos de desigualtat

Els factors comentats anteriorment poden variar d'acord amb els diferents eixos de desigualtat, com la classe social, el gènere, l'edat, l'origen ètnic o la migració, eixos que determinen l'estructura social.

Referències bibliogràfiques

- 1 Díez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186:125-45.
- 2 Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health.* 2007; 84(3 Suppl):16-26.
- 3 WHO/UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 4 Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Comm Health.* 2013; 67(5):389-91.

Figura 1. Model dels determinants socials de la salut i desigualtats en salut a les àrees urbanes.



Font: elaborat pel projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/> (Borrell C et al. J Epidemiol Comm Health).⁴

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

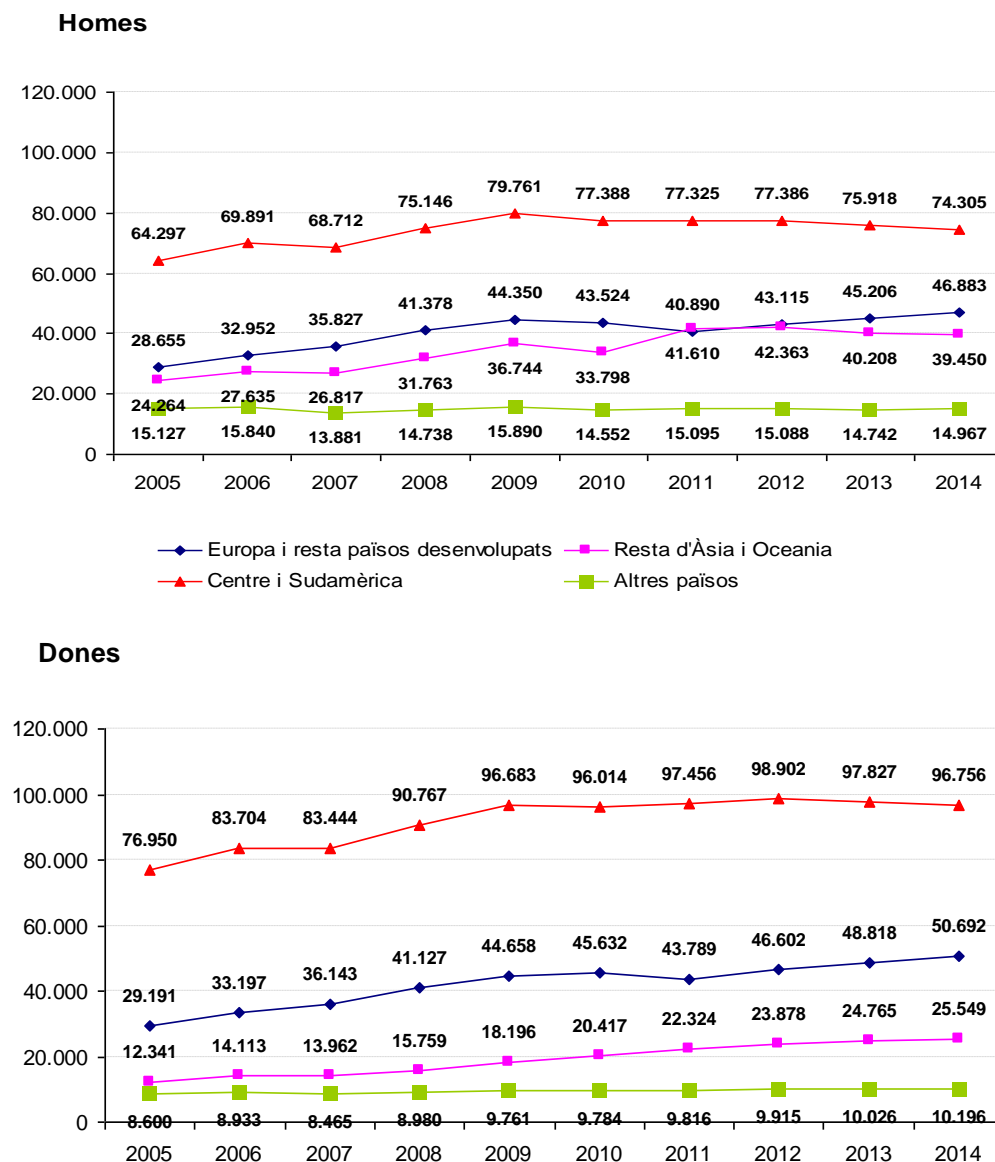
Segons dades del Padró Municipal d'Habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2014 la població de Barcelona ha estat de 1.613.281 persones, 764.590 homes (47,4%) i 848.691 dones (52,6%). Pel que fa a la distribució de la població de la ciutat per edat i sexe i a la seva evolució en el temps, cal destacar que s'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys, tant homes com dones, i de forma similar el nombre tant de persones nascudes a l'Estat espanyol com nascudes a l'estranger (amb l'excepció d'aquelles procedents d'Europa o d'altres països desenvolupats, que va continuar augmentant). D'aquesta manera, el percentatge de persones de 15 a 44 anys s'ha anat reduint any rere any, i l'any 2014 s'ha situat en un 42,7% dels homes i un 37,9% de les dones, uns 4 i 3 punts percentuals menys, respectivament, que l'any 2006. De forma similar, la raó de persones de 65 anys o més respecte a aquelles d'entre 15 i 64 anys (índex de dependència senil) també ha crescut, tot i l'augment de persones d'entre 45 i 64 anys (vegeu la taula 1, pàgina 91).

Les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 22,2% (358.798 persones) de la població de Barcelona. Tot i que els darrers anys el nombre de persones estrangeres s'ha mantingut relativament estable, no ha estat així pel que fa a la distribució segons el país de procedència. Destaca un augment continuat de persones nascudes a Europa i altres països desenvolupats (97.575 el 2014, 89.008 el 2009), mentre que les nascudes a països d'Amèrica del Sud i Amèrica Central s'han anat reduint (171.061 el 2014, 176.444 el 2009) després d'anys d'incrementar-se (vegeu la figura 1).

L'any 2014, 20.186 homes i 68.405 dones de 65 anys o més vivien sols, d'aquest, un 54,8% i un 68,9%, respectivament, tenen una edat de 75 anys o més. Respecte a l'any anterior, s'ha reduït el nombre d'homes i dones d'entre 75 i 84 anys que vivien sols (7.302 homes l'any 2013 i 7.111 l'any 2014; 29.472 dones l'any 2013 i 28.163 l'any 2014), tot i que aquesta xifra ha augmentat entre les persones de 85 anys i més (3.763 homes l'any 2013 i 3.954 l'any 2014; 18.357 dones l'any 2013 i 18.958 l'any 2014). El nombre de dones grans que viuen soles ha continuat sent molt superior al d'homes que viuen sols, gairebé quatre vegades superior entre les persones d'entre 75 i 84 anys i gairebé cinc vegades superiors entre les persones de 85 anys i més.

Pel que fa al nivell d'estudis de les persones empadronades a la ciutat de Barcelona, ha continuat la reducció del percentatge de persones sense estudis o amb estudis primaris i l'augment del percentatge d'aquelles amb estudis universitaris, tant en homes com en dones i en tots els districtes de la ciutat. L'any 2014, una de cada quatre persones tenia titulació universitària (27,7% dels homes i 29,1% de les dones), amb diferències importants segons els districtes (la meitat a Sarrià –52,3% dels homes i 45,7% de les dones– i una de cada deu a Nou Barris –10,4% i 13%, respectivament). També, una de cada quatre persones tenia estudis primaris o menys (22,5% dels homes i 27% de les dones), essent també aquesta xifra molt diferent segons els districtes de la ciutat (7,3% dels homes i 11,3% de les dones de Sarrià i 35,2% i 41%, respectivament, a Horta).

Figura 1. Evolució del nombre d'homes i dones nascuts a l'estranger. Barcelona, 2005-2014.



Font: Padró Municipal d'Habitants de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

L'entorn domèstic: la violència masclista

Les dades que es mostren a continuació són dels equips d'atenció a les dones (EAD), el servei municipal ambulatori d'atenció específica a les dones que han patit violència masclista elles mateixes i/o els seus fills i filles a la ciutat.^a El 2013 es va atendre 1.345 dones (15% més que el 2012). Les dones ateses per primera vegada van ser 552, cosa que representa el 41% del total, amb un increment del 10% respecte a l'any 2012. Les dones accedeixen als EAD de forma directa, 418 dones (68%), o bé hi són derivades des d'altres serveis municipals, Mossos d'Esquadra, Justícia, xarxa sanitària, entitats, etc. (196 dones, el 32%). Un 58% de les dones ateses procedia de l'Estat espanyol, una xifra similar a la del 2012, i el 42% restant procedia majoritàriament d'Amèrica Llatina i, en menor percentatge, del Magrib.

Segons el registre de mortalitat judicial de Barcelona de l'ASPB, l'any 2014 es van produir 8 homicidis de dones de la ciutat, 3 dels quals van ser per agressió de la parella. La mortalitat per violència masclista està segurament infradeclarada en aquest registre. Caldria millorar la declaració d'aquests casos des de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. A més, des de l'ASPB s'estan impulsant altres iniciatives que podrien pal·liar en els pròxims anys l'escassetat d'informació sobre la magnitud de la violència masclista a la ciutat. En primer lloc, la inclusió de preguntes sobre violència masclista a l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB 2016), de la qual obtindrem resultats l'any 2017, i, en segon lloc, l'obtenció de les dades d'atenció hospitalària i d'urgències de dones amb lesions per violència masclista.

L'entorn econòmic

El 2014 hi ha hagut una evolució més favorable en els homes que en les dones, en relació amb dos dels indicadors del mercat de treball analitzats. La taxa d'atur masculina ha disminuït i la taxa d'ocupació ha augmentat lleugerament, però el nombre d'homes ocupats ha disminuït: ha passat de 344.425 el 2013 a 332.075 el 2014. Contràriament, en el cas de les dones la taxa d'ocupació ha disminuït i la d'atur ha augmentat moderadament, de manera que enguany ha estat lleugerament superior que la dels homes. En ambdós sexes, però, ha disminuït la taxa d'activitat, seguint la tendència dels darrers anys en el cas dels homes i per primer cop en les dones (des del 2002 només havia disminuït l'any 2010) (vegeu el quadre 1).

En analitzar el moviment del mercat de treball en relació amb el nombre de persones destaca, de manera similar a l'any anterior, la disminució del nombre de persones actives, sobretot entre els homes, que han passat de 423.200 el 2013 a 399.800 el 2014. Entre les dones també hi ha hagut una disminució de l'activitat, encara que més moderada (s'ha passat de 404.250 dones actives el 2013 a 401.600 el 2014).^b

Malgrat la disminució de l'atur masculí, les taxes en ambdós sexes continuen sent altes i enguany s'ha mantingut la tendència a l'augment de dues de les característiques de l'atur que s'associen a un pitjor estat de salut: l'atur de llarga durada i la manca de prestacions econòmiques. El desembre del 2014 el 40,8% dels homes i el 46,4% de les dones aturades feia més d'un any que no tenien feina, percentatges que eren superiors en les persones més grans, de manera que els

^a Serveis municipals d'atenció per violència masclista dependents de la Direcció de Dona. Informe 2013. accessible a: <http://w110.bcn.cat/Dones/Continguts/Documents/Informe%20violencia%202013.pdf>

^b Dades de mitjana anual calculades a partir de dades trimestrals. Font: EPA. Instituto Nacional de Estadística. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

homes de 45 anys i més n'eren el 58,2% i les dones el 63,7%. La major proporció de persones en atur de més d'un any de durada el darrer mes del 2014 es trobava al districte de Sant Andreu (el 47,0% de les persones aturades), seguit dels d'Horta-Guinardó (45,5%), Nou Barris (45,4%) i Sant Martí (45,2%).^c

Quant a la cobertura econòmica de l'atur, ha continuat disminuint el darrer any, de manera que el desembre del 2014 només el 52,4% de les persones aturades percebia alguna prestació o subsidi d'atur, mentre que l'any anterior en percebia el 55,0% (cal tenir en compte que el 2009 era el 71,1%).^d

Pel que fa a la nova contractació, segueix sent majoritàriament temporal, tot i que el 2014 ha disminuït lleugerament la proporció de contractes d'aquest tipus (el 2013 van ser el 89,0% dels contractes i enguany el 87,5%). La temporalitat es distribueix, però, de forma desigual entre diversos grups, de manera que és superior entre les dones i les persones joves. També és diferent segons el nivell d'estudis i l'ocupació. En el primer cas és superior en les persones amb estudis universitaris de primer cicle i les que han seguit programes de formació professional, i inferior en les que han cursat estudis universitaris de segon i tercer cicle. Pel que fa a l'ocupació, les persones professionals de la ciència i intel·lectuals, el personal de serveis i comerç i les persones que treballen en ocupacions elementals són els grups amb major temporalitat dels contractes. A l'altre extrem hi trobem les persones directores i gerents, on la temporalitat va ser molt inferior (vegeu el quadre 2).

^c A diferència de les dades de l'EPA, que es refereixen a l'atur declarat (a partir del qual s'ha obtingut la taxa d'atur), les dades sobre la durada de l'atur i el cobrament de prestacions es refereixen a l'atur registrat, que correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tinguin disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que és incompatible amb la feina, els treballadors que demanin una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuais agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que, en fer comparacions entre grups (per exemple entre districtes), hi podria haver un biaix pel fet que hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar i que no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

^d Font: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística del Ajuntament de Barcelona.

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur per sexe. Barcelona, 1995-2014.

Any	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1995	63,4	42,1	53,2	31,9	16,1	24,4
1996	61,0	41,5	49,8	32,3	18,5	22,2
1997	60,6	41,9	51,4	32,9	15,3	21,5
1998	62,6	40,8	55,5	31,8	11,4	22,1
1999	59,1	39,0	53,5	32,4	9,5	16,8
2000	59,1	39,0	53,5	34,2	9,6	12,3
2001	63,8	44,0	58,4	38,4	8,6	12,7
2002	64,3	46,3	57,8	40,1	10,2	13,4
2003	67,9	47,8	60,8	41,6	10,5	13,0
2004	69,6	49,9	62,2	43,8	10,7	12,2
2005	70,5	50,5	66,0	46,2	6,4	8,6
2006	70,6	52,8	66,9	48,7	5,3	8,0
2007	68,6	52,8	64,3	49,4	6,1	6,5
2008	70,7	54,5	65,4	50,6	7,5	7,2
2009	69,3	56,5	59,6	49,2	14,0	12,9
2010	68,9	55,9	57,0	47,6	17,2	15,0
2011	69,6	57,4	57,9	48,9	16,8	14,7
2012	69,1	57,7	55,6	48,2	19,4	16,4
2013	67,3	57,8	54,8	48,1	18,6	16,9
2014	66,2	57,0	55,0	47,3	16,9	17,1

Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Dades de promig anual calculades a partir de dades trimestrals. Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

Nota: l'any 2014 ha canviat la base poblacional. Les dades del període 2002-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions. No són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

Quadre 2. Proporció de contractes temporals per sexe, edat, nivell d'estudis i ocupació. Barcelona, 2014.

GRUP	%
Sexe	
Homes	87,1
Dones	88,7
Edat	
< 20 anys	92,3
20-24 anys	92,4
25-29 anys	88,1
30-44 anys	86,2
45 anys i més	86,3
Nivell d'estudis	
Sense estudis	82,9
Estudis primaris	84,7
Programes de formació professional	92,6
Educació general	89,8
Tècnics – professionals superiors	88,3
Universitaris de 1r cicle	93,0
Universitaris de 2n i 3r cicle	77,2
Ocupació	
Direcció i gerència d'empreses	27,7
Professionals de la ciència i intel·lectuals	91,4
Professionals de suport	83,7
Personal administratiu	79,1
Personal de serveis i comerç	90,4
Personal d'agricultura i pesca	87,5
Personal d'indústria i construcció	86,8
Operadors/es d'instal·lacions i maquinària	80,0
Ocupacions elementals	89,7

Font: Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

L'any 2014 a la ciutat hi ha 214.931 infants d'entre 0 i 15 anys, que representen el 13,3% de la població. Aquets menors resideixen en 139.293 llars, que constitueixen el 21,2% de les llars de la ciutat. El 12,6% d'aquestes llars són monoparentals.

La situació de les llars amb menors és molt diferent en funció del nivell de renda, del lloc de residència, i de la situació laboral o el nivell acadèmic dels progenitors. Segons les dades del Baròmetre d'Infància i Famílies, el 10% de les llars amb més ingressos tenen el 24,1% dels ingressos totals de les llars, pràcticament igual que el 50% de les llars amb menys ingressos i 14 vegades més que el 10% de les llars amb menys ingressos (vegeu la figura 2). El 28% de les unitats familiars de la ciutat reconeixen tenir dificultats per arribar a finals de mes, percentatge que creix fins a prop del 50% quan es tracta de famílies amb un sol progenitor.

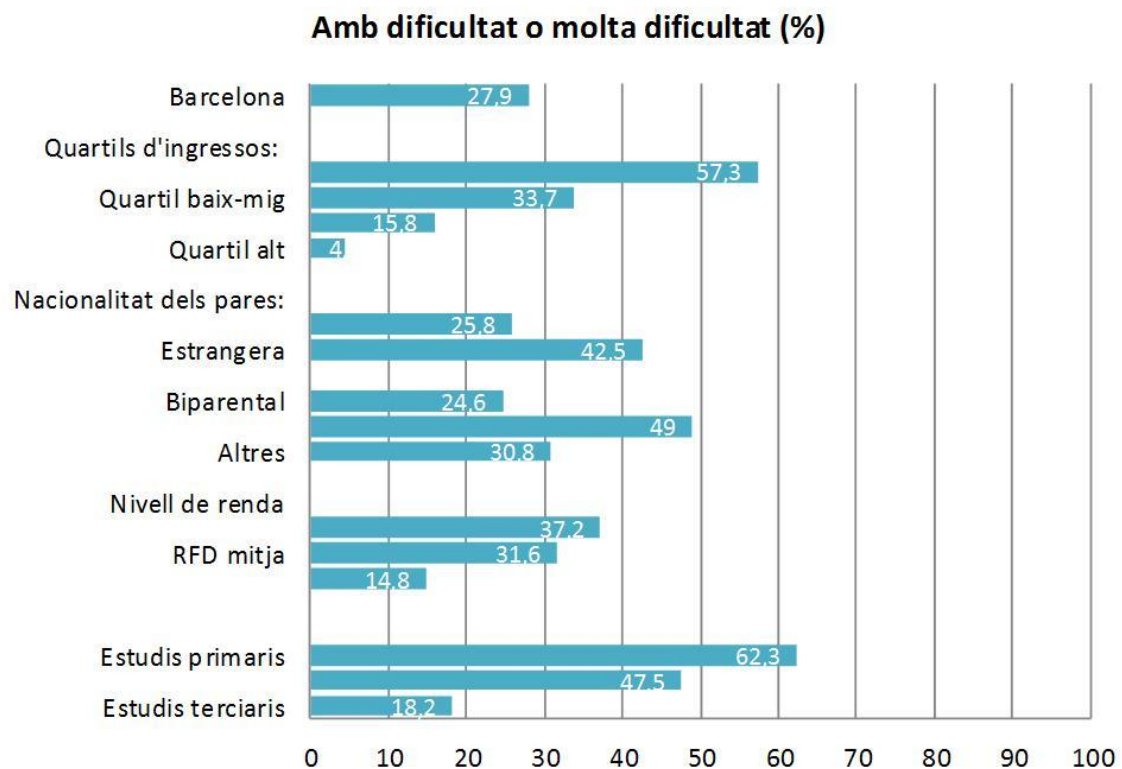
Respecte a la situació laboral, el 8,1% de les llars amb menors de 16 anys no tenen cap dels progenitors o responsables treballant, xifra que s'incrementa fins al 12% en els barris amb rendes baixes i es redueix fins al 3,9% en els barris més benestants. El 13,4% de les llars amb menors han tingut algun endarreriment a l'hora de pagar l'import mensual de la hipoteca o el lloguer en els darrers 12 mesos. En el cas de les llars monoparentals aquest percentatge arriba al 20,5% i en el cas de les llars de persones de nacionalitat estrangera al 31,8%.

Als barris de rendes més baixes la proporció de famílies que manifesten que tenen dificultats per arribar a final de mes és del 37,2%, en contrast amb els barris de rendes més altes, on la xifra baixa fins al 14,8% (vegeu la figura 2). La desigualtat territorial pren rellevància en les carències materials. El conjunt de barris amb ingressos baixos té fins a 7,4 cops més carències materials severes que el conjunt de barris amb rendes altes (vegeu la figura 3). El 13,3% dels menors de 16 anys de la ciutat viuen en llars on no poden mantenir l'habitatge a una temperatura adequada durant els mesos d'hivern i, als barris de rendes més baixes, aquest percentatge arriba fins al 25,9%.

Al conjunt de la ciutat l'11% dels menors de 16 anys no pot gaudir d'activitats d'oci i esport de forma regular, no poden fer-ho el 19,6% dels infants que resideixen en els barris de rendes baixes, ni tampoc el 4% dels infants dels barris amb majors ingressos.

La prevalença de l'obesitat, reflex de la impossibilitat de seguir una dieta adequada, també és més elevada als territoris de rendes baixes (16%) que als territoris de rendes altes (6,6%). L'1,4% dels menors de 16 anys viu en llars on no es poden permetre un àpat de carn, pollastre o peix (o equivalent vegetarià) almenys un cop cada dos dies. En funció del barri de residència aquesta privació pot variar del 0,3% al 4,4% (vegeu la figura 4).

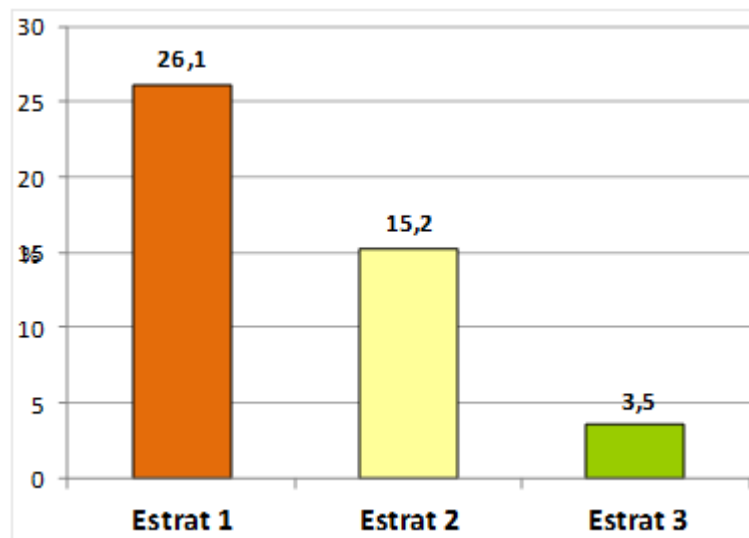
Figura 2. Capacitat de les llars amb menors de 16 anys d'arribar a final de mes segons les característiques socioeconòmiques. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

Nota: els estrats corresponen a tres trams de renda familiar disponible, de la renda més baixa (estrat 1) a la renda més alta (estrat 3).

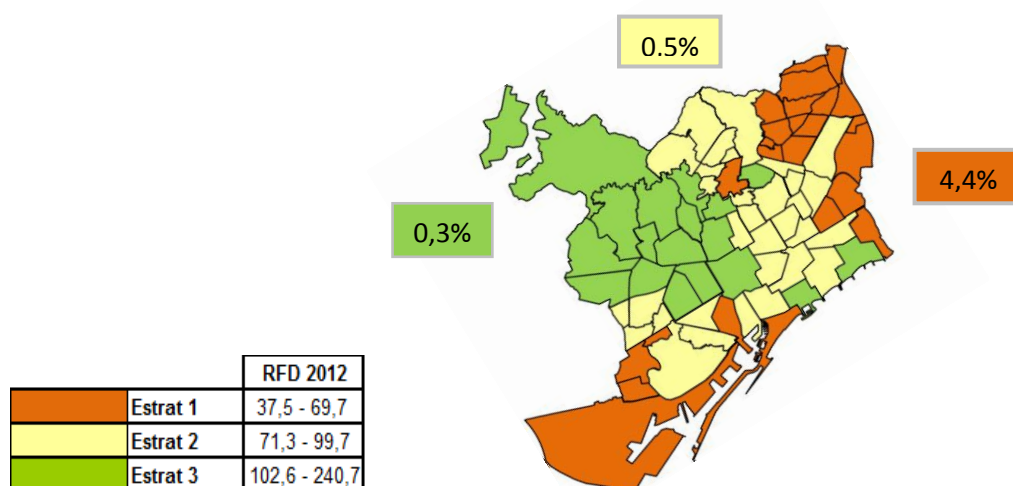
Figura 3. Percentatge de menors de 16 anys amb carència material severa (estratègia Europa 2020), per estrats de renda familiar disponible. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

Nota: els estrats corresponen a tres trams de renda familiar disponible, de la renda més baixa (estrat 1) a la renda més alta (estrat 3).

Figura 4. Menors de 16 anys que viuen en llars on no es poden permetre un àpat de carn, pollastre o peix (o equivalent vegetarià) almenys cada dos dies. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

Les accions en salut pública

Vacunació escolar des de l'atenció primària

Des que el 1980 es va aprovar el Decret del Programa de Salut Escolar, l'Ajuntament de Barcelona, a través de l'ASPB, ha estat responsable i ha dut a terme la vacunació i el seguiment dels infants i joves a les escoles. Tot i que el Decret 155/1993 d'actualització del Programa de Salut Escolar contemplava l'execució de la vacunació escolar pels equips d'atenció primària de salut (EAP), l'Ajuntament i l'ASPB van continuar liderant i aconseguint aquestes activitats, a diferència del model de la resta de Catalunya.

A partir del curs 2014-2015 els equips d'atenció primària (EAP) de Barcelona han realitzat la vacunació escolar, administrant totes les vacunes en edat escolar incloses en el calendari de vacunacions sistemàtiques de Catalunya. El curs anterior, com a prova pilot del projecte, es va iniciar la vacunació a segon curs de l'educació secundària obligatòria (ESO), en què només s'administra la vacuna del tètanus i la diftèria.

El traspàs ha estat liderat pel CSB, amb el suport de l'ASPB. Des del moment de la planificació s'ha comptat amb la participació dels EAP implicats, amb els quals es van fer reunions informatives i organitzatives. Així mateix, s'han portat a terme reunions de seguiment per valorar el procediment i proposar-hi millores.

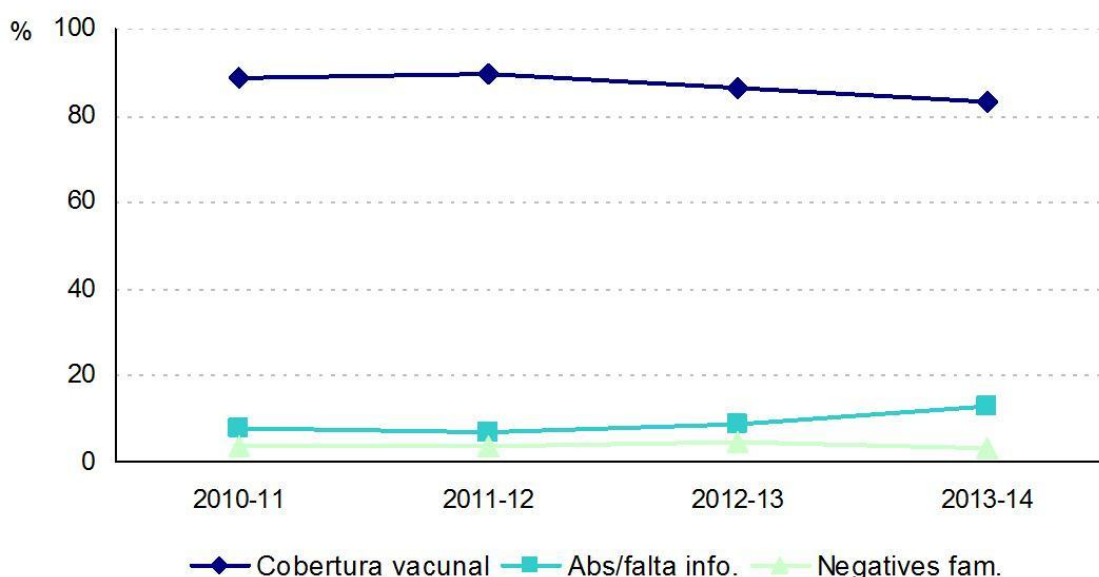
Una de les accions de seguiment ha estat avaluar els resultats de la vacunació escolar de tètanus i diftèria en la fase pilot a segon d'ESO durant el curs 2013-2014, concretament en relació amb les cobertures vacunals escolars, les absències o la falta d'informació, i les negatives familiars per escoles. Els resultats s'han comparat amb les dades de cursos anteriors (2010-2011, 2011-2012 i 2012-2013).

El curs 2013-2014 la cobertura vacunal escolar ha estat del 83,2%, la negativa familiar del 3,3% i les absències o la falta d'informació del 12,7% (vegeu la figura 5). En comparació amb els cursos anteriors, la cobertura ha baixat tres punts, les absències o la falta d'informació han pujat quatre punts i les negatives familiars s'han mantingut estables. En els cursos anteriors, els equips municipals de vacunació escolar feien repesques en aquelles escoles en què les absències o la falta d'informació eren elevades, fet que explicaria les diferències en aquest indicador. Tot i les bones cobertures globals, hi ha àrees bàsiques de salut en què les cobertures escolars han baixat força, descens també relacionat amb l'elevat nombre d'absències o de falta d'informació.

Atesos aquests resultats, s'ha considerat que el procediment de vacunació escolar pels EAP havia estat adequat, ja que ha assolit unes cobertures similars a les de cursos anteriors. S'ha decidit promoure que els absents completin la vacunació als seus centres d'atenció primària en comptes de fer repesques a l'escola. També s'ha recomanat fer un seguiment més estret de les escoles amb cobertures baixes, especialment les inferiors al 77%, la mitjana estatal.

La falta d'informació no és equivalent a no estar vacunat, ja que aquests joves podrien haver estat vacunats fora de l'àmbit escolar i no haver-ne informat. Per aquest motiu, es treballa també per accedir a la informació poblacional, via història clínica compartida, per determinar les cobertures vacunals reals de tètanus i diftèria de la població de 14 anys de la ciutat de Barcelona.

Figura 5. Cobertures vacunals escolars, absència o falta d'informació i negatives familiars a la vacunació escolar amb tètanus i diftèria a segon d'ESO. Barcelona, 2010-2014.



Font: Servei de Programes i Intervencions Preventives. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Programa «Salut als Barris»

L'any 2004 la Generalitat de Catalunya va aprovar la Llei de Barris amb l'objectiu de millorar les condicions de vida als territoris més fràgils. El 2005 el Departament de Salut va desenvolupar el programa «Salut als Barris» per tal de reduir, mitjançant l'acció comunitària, les desigualtats socials en salut en els barris beneficiats per la Llei de barris. El programa «Salut als Barris» a Barcelona és coliderat per l'ASPB, el CSB i els respectius districtes municipals. El programa es desenvolupa en 5 fases:

1. Aliances polítiques i grup motor: es crea un acord polític entre l'ASPB, el CSB i el districte municipal per decidir a quin barri s'iniciarà el programa. Posteriorment, es creen aliances entre els diversos agents comunitaris amb l'objectiu de desenvolupar el programa.
2. Coneixement de les necessitats del barri en salut: es fa un estudi quantitatiu a partir de la informació disponible sobre la població resident a cada barri i un estudi qualitatiu per conèixer les percepcions relacionades amb la salut de les persones que viuen i/o treballen al barri.
3. Priorització de problemes i intervencions: a partir d'una jornada de priorització comunitària es prioritzen les necessitats en salut destacades. Es duu a terme una revisió bibliogràfica de les intervencions comunitàries més efectives pel que fa a aquestes necessitats i, paral·lelament, es duu a terme un mapatge per conèixer quines intervencions ja treballen aquestes necessitats al barri.
4. Pla d'intervenció: el grup motor comunitari estableix unes línies d'acció a partir de la priorització de les necessitats. Posteriorment es creen grups de treball per a desenvolupar les intervencions.

5. Avaluació: s'avalua l'estructura, el procés i els resultats en salut per a les intervencions iniciades i la implementació de la globalitat del programa.

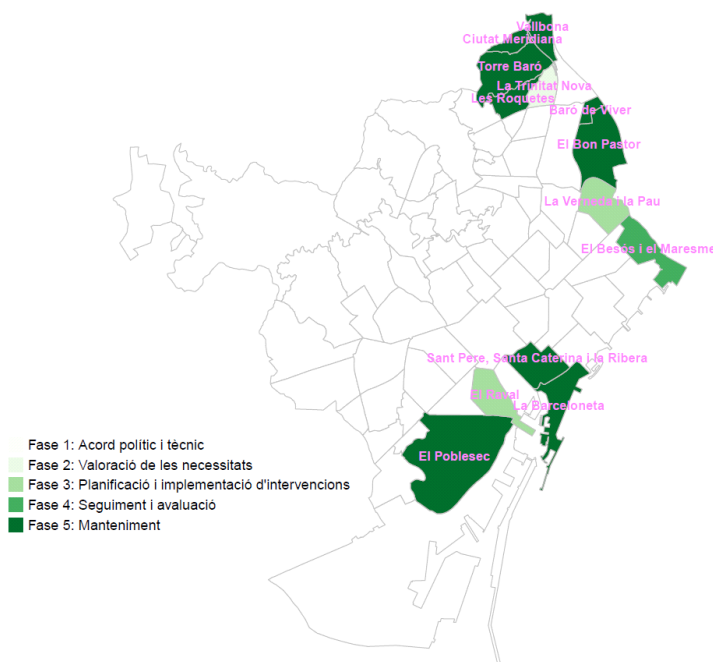
6. Manteniment: es vetlla pel manteniment del grup comunitari de salut i de les intervencions iniciades, juntament amb el desenvolupament de noves intervencions.

El programa «Salut als Barris» de Barcelona es duu a terme a 13 dels 73 barris de la ciutat: el Poble-sec; les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Maresme; la Verneda i la Pau, i Trinitat Nova (vegeu la figura 6).

El programa ha ajudat a consolidar o, en alguns casos, a establir grups motors a cada barri on s'ha desenvolupat. S'han posat en marxa intervencions adreçades a infants, joves, adults i gent gran, fent servir els actius locals i d'acord amb prioritzacions participatives. Gairebé totes les intervencions s'han avaluat i han mostrat resultats favorables en relació amb la salut. Per exemple, un programa per reduir l'aïllament en persones grans, el programa Baixem al Carrer, ha millorat un 24% la salut mental i un 21% l'estat de salut percebut de les persones participants. El programa d'Habilitats Parentals, consistent a incrementar las capacitats de comunicació eficaç entre pares i fills, ha fet augmentar un 26% les competències de criança i habilitats de les mares i els pares que hi van participar. Pel que fa als joves, el programa de consell contraceptiu a menors de 20 anys va fer augmentar un 18% els coneixements sobre on trobar anticoncepció d'emergència i un 10% l'ús de mètodes contraceptius segurs en la darrera relació sexual.

El programa «Salut als Barris» ha esdevingut una metodologia d'intervenció comunitària a estendre progressivament a les àrees barcelonines desfavorides.

Figura 6. Barris i fases d'intervenció de la Llei de barris. Barcelona, 2007-2014.



Font: Servei de Programes i Intervencions Preventives. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Programa de cribatge de càncer de mama

El programa de cribatge de càncer de mama convoca les dones d'entre 50 i 69 anys a fer-se una mamografia cada dos anys. L'any 2014, es van citar gairebé 99.726 dones i hi van participar 52.960, és a dir, un 53,1%, de manera que s'ha mantingut una participació molt estable al llarg dels anys, de pels volts del 50%. Si es revisa la participació pel col·lectiu de dones de nacionalitat estrangera, ens trobem amb una participació també del 51%. En xifres globals de Barcelona, la participació canvia molt en funció del nivell socioeconòmic del barri i, per tant, de la presència de doble cobertura sanitària que hi hagi. Així, ha oscil·lat entre un 32,8% a Sarrià – Sant Gervasi o un 43,7% a Les Corts, i un 62,5% a Sant Andreu o un 61,6% a Sant Martí. I de la mateixa manera, quan parlem del col·lectiu de dones estrangeres, hi incloem totes les nacionalitats i tots els nivells socials. Quant als resultats del cribatge, un 98,2% de les dones cribrades realitzen controls rutinaris al cap de dos anys, a un 1,2% se'ls recomana realitzar un control en un període més curt, al cap de l'any i a 261 dones se'ls diagnostica un càncer. Això representa 4,9 dones de cada 1.000 a qui se'ls va fer la mamografia.

La participació de la comunitat

La participació en salut pot desenvolupar-se de diferents maneres, des de tan sols l'ús dels serveis, passant per la cooperació –participant de diverses maneres en accions però sense que s'estableixi un alt grau de coresponsabilitat–, fins a la participació en la planificació, l'administració i l'execució d'actuacions.

Per al desenvolupament de la salut pública a la ciutat es considera necessari ser present en diferents estratègies i models participatius tant del model de cooperació com del de la màxima participació. En aquest últim model, hi incloem els grups comunitaris que promouen l'estratègia «Salut als Barris» així com els plans de desenvolupament comunitari. En aquests casos, serveis públics i entitats decideixen i desenvolupen actuacions i programes per promoure la salut, a partir d'una anàlisi de necessitats prioritzades, que es planifiquen des dels mateixos grups. Així, l'any 2014 des de l'ASPB es va participar en grups de salut comunitària o similars de 22 dels 73 barris de la ciutat.^e

Un altre tipus de participació es dona en els espais de diàleg entre administració pública, entitats i grups de veïns i veïnes. Uns estan més lligats al territori i, en aquest cas, des de l'ASPB es participa en tots els consells de salut de cadascun dels deu districtes de la ciutat. Altres estan relacionats amb col·lectius socials específics; l'ASPB ha participat l'any 2014 en un total de 13 grups de participació, que s'enumeren al quadre 3. Ressaltem els diversos grups que formen part del Consell de Benestar Social de l'Ajuntament de Barcelona, així com els que promouen accions per a la millora de la qualitat de vida i la salut de col·lectius específics. En tots aquests espais, serveis públics, entitats i representants de col·lectius es posen en comú i es debaten tant les necessitats com les formes d'intervenció per abordar-les.

^e Barceloneta, Casc Antic –Santa Caterina, Sant Pau i la Ribera–, Raval, Nova Esquerra de l'Eixample, Sagrada Família, Poble-sec, la Marina del Port, la Marina del Prat Vermell, el Carmel, Can Peguera, Turó de la Peira, la Guineueta, les Roquetes, Zona Nord –Ciutat Meridiana, Torre Baró i Vallbona–, la Trinitat Nova, el Bon Pastor, Baró de Viver, el Poblenou, el Besòs i el Maresme, la Verneda i la Pau.

Quadre 3. Grups de participació d'àmbit de ciutat en què està involucrada l'ASPB. Barcelona, 2014.

En el marc del Consell Municipal de Benestar Social de Barcelona:

- Grup de salut
- Grup de drogodependències
- Grup d'acció comunitària

Orientats a col·lectius específics

- Xarxa de Suport a Entitats de Famílies Cuidadores
- Projecte Educatiu de Ciutat
- Consell Municipal de Gais, Lesbianes i dones i homes Transexuals
- Consell Assessor de Salut Laboral
- Federació Catalana de Drogodependències

Altres:

Grup de Treball en Promoció de la Salut de la Federació de Municipis de Catalunya
Federació Espanyola de Municipis i Províncies
Consell Econòmic i Social de Barcelona
Grup INWAT (Xarxa Internacional de Dones enfront del Tabac)
Comissions de seguiment de Plans de Barri (Llei de barris)

Font: elaboració pròpia. Servei de Salut Comunitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es duen a terme en els centres d'atenció primària de les 68 àrees bàsiques de salut, on treballen els equips de professionals que durant l'any 2014 han donat cobertura al 70,1% del total de la població assignada (65,2% homes i 74,6% dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatra per persona i any. La menor cobertura s'ha donat al districte de Sarrià – Sant Gervasi (53,4%) i la major a Nou Barris (77,4%). L'atenció domiciliària ha assolit un nivell de cobertura del 10,1%. Les diferents cobertures per sexe i grup d'edat i districte es mostren al quadre 4.

Dels resultats de l'avaluació de la compra de serveis, el *benchmarking* i les dades que aporta l'observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris) es desprèn informació sobre la qualitat i activitat resolutiva dels equips d'atenció primària, entre altres aspectes. Així, tenim que aquest any 2014, del total de les persones hipertenses ateses, el 55,3% ho ha estat amb un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de Salut de Catalunya). D'altra banda, de les persones diabètiques ateses, el 53,7% ha estat ben controlat, i se situa per sota de l'estàndard establert. Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en població de més de 59 anys, els valors es mantenen respecte a l'any 2013 en ambdós sexes i queda palès que cal un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per la regió sanitària (60,0%) (vegeu el quadre 5).

Quadre 4. Cobertura poblacional de l'atenció primària per sexe, districte i grup d'edat. Barcelona, 2014.

	Cobertura poblacional				Atenció domiciliària	
	0 a 14 anys		15 anys o més		75 anys o més	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	74,3	74,7	60,8	73,1	7,4	13,9
Eixample	70,4	69,3	58,2	68,5	10,1	14,8
Sants-Montjuïc	67,5	67,6	65,4	77,0	6,8	10,3
Les Corts			55,5	65,5	5,2	8,9
Sarrià – Sant Gervasi	52,3	50,6	48,4	58,1	7,7	13,4
Gràcia	69,7	68,3	61,8	72,0	9,6	17,3
Horta-Guinardó	81,5	81,0	66,3	76,8	6,5	10,0
Nou Barris	87,3	86,5	69,7	81,4	5,8	10,3
Sant Andreu	82,3	81,7	81,8	96,1	4,6	8,1
Sant Martí	81,6	81,4	67,0	78,5	6,5	10,9
Barcelona	73,9	73,3	63,8	74,8	7,1	11,8

Font: avaluació d'atenció primària INTEGRAP.

Quadre 5. Indicadors de qualitat de l'atenció primària per sexe, districte i grup d'edat. Barcelona, 2014.

	Control òptim de la tensió arterial		Control acceptable de la diabetis		Cobertura vacunació antigripal	
	15 anys o més		15 anys o més		59 anys o més	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	45,5	74,0	46,8	50,2	42,6	43,4
Eixample	42,0	69,2	50,4	48,8	46,3	45,8
Sants-Montjuïc	44,9	67,1	54,2	54,6	46,2	44,5
Les Corts	54,0	73,6	65,9	62,5	47,6	46,9
Sarrià – Sant Gervasi	52,5	84,9	79,6	96,2	45,1	45,2
Gràcia	45,4	82,9	59,0	58,0	42,8	42,6
Horta-Guinardó	45,4	69,1	56,7	55,1	47,0	44,0
Nou Barris	42,6	72,2	55,1	56,5	49,1	46,1
Sant Andreu	33,5	49,6	41,7	42,2	47,2	45,4
Sant Martí	47,0	69,0	52,7	52,6	48,5	47,6
Barcelona	44,2	69,2	53,6	54,0	46,7	45,4

Font: avaluació d'atenció primària INTEGRAP i observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris).

L'atenció a les urgències

Dins l'atenció a les urgències cal diferenciar l'àmbit extrahospitalari de l'hospitalari i del servei d'emergències mèdiques –061 CatSalut Respon.

En l'àmbit extrahospitalari s'atenen les urgències de les persones que acudeixen als centres d'atenció primària en horari habitual. Es disposa de punts d'atenció continuada (PAC), que donen atenció fora de l'horari, i de centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) oberts 24 hores al dia i dotats de recursos més complexos, com ara proves de diagnòstic per la imatge i analítiques.

En l'àmbit hospitalari, l'activitat realitzada l'any 2014 ha estat de 638.968 urgències, un 2% superior a l'any 2013. La població que més freqüenta aquests centres és la major de 64 anys, amb una taxa de 513 visites per 1.000 habitants, després la població pediàtrica, amb 366 visites per 1.000 habitants, i finalment la població adulta (de 15 a 64 anys), amb una taxa de 280 visites per 1.000 habitants i any. La xifra global de la ciutat de Barcelona és de 341 visites per 1.000 habitants i any (338 l'any 2013), tot i que presenta oscil·lacions en funció de la zona de residència; així, la zona Barcelona Esquerra és el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències, i la zona Barcelona Dreta la que té les taxes més elevades de visites, mentre que la resta del territori presenta xifres intermèdies.

La demanda urgent ve motivada per diverses causes; un dels indicadors que aporta més informació sobre la gravetat del procés és la necessitat d'ingrés a l'hospital. A Barcelona ingressa un 15% de totes les urgències hospitalàries ateses. S'observa que les xifres més elevades corresponen a la gent gran, de més de 65 anys, de les quals una quarta part requereix ser ingressada (25%); les xifres van disminuint en la població més jove, i són d'un 11% en els adults i d'un 7% en els infants.

La creació de protocols d'actuació i seguiment de pacients davant patologies agudes urgents, és a dir els anomenats «codis», com ara el codi infart, ictus, politrauma, intoxicació, risc de suïcidi i actualment el codi sepsis, han contribuït a potenciar l'efectivitat de les actuacions immediates, aconseguint uns resultats molt satisfactoris i una resolució favorable en la majoria dels casos.

L'atenció especialitzada hospitalària

Barcelona disposa d'un important nombre d'hospitals públics per atendre la població de la ciutat o de fora que requereixi atenció urgent. Hi ha tres centres d'alta tecnologia, dotats de totes les especialitats i dels mitjans diagnòstics més avançats. Tots ells tenen en comú una part d'hospitalització, a banda de les consultes externes, un servei permanent d'urgències, un hospital de dia i altres peculiaritats pròpies de cada centre.

Quadre 6. Activitat de la xarxa d'hospitalització pública. Barcelona, 2011-2014.

Any	Total altes	Primeres visites	Visites totals	Urgències	Hospital de dia	Cirurgia menor ambulatoria
2011	196.836	910.141	2.587.922	644.440	308.317	69.716
2012	196.341	916.931	2.569.834	629.919	320.535	65.832
2013	191.026	959.459	2.685.274	627.296	333.900	71.480
2014	195.719	982.741	2.726.398	638.968	344.173	74.508

Font: Memòries del Consorci Sanitari de Barcelona 2011-2014 (CatSalut).

L'activitat realitzada l'any 2014, que es mostra al quadre 6, ha estat molt similar a la d'anys anteriors. La causa d'hospitalització més freqüent és el grup de malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, seguit de les de l'aparell circulatori, les de l'aparell digestiu, les de l'aparell respiratori i les neoplàsies. En el grup de les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, un 64% són intervencions de cataractes, que en la majoria dels casos es fan per cirurgia major ambulatoria. Quan s'analitzen les dades per sexe, destaquen en els homes les malalties de l'aparell circulatori seguides de les de l'aparell respiratori i digestiu, mentre que en les dones destaquen les hospitalitzacions per malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, les de l'aparell circulatori i les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, en tercer lloc.

De totes les altes hospitalaries, el 55% de les persones ingressades ho fan per algun procediment quirúrgic, els més freqüents són les operacions oculars, les de l'aparell digestiu i les del sistema musculoesquelètic en els homes. En les dones també destaquen en primer lloc les operacions oculars, les del sistema musculoesquelètic i les de l'aparell digestiu.

L'activitat global feta pels hospitals del sistema sanitari integrat d'ús públic de Catalunya (SISCAT) de la ciutat de Barcelona l'any 2014 ha estat de 195.719 contactes, una xifra similar a la dels darrers anys i que inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria. Una quarta part de la població que s'ha atès és de fora de la ciutat, atesa l'oferta altament especialitzada que ofereixen els hospitals de Barcelona. D'altra banda, el percentatge de població resident a Barcelona que acudeix a hospitals de fora de la ciutat és baix, d'un 6%.

Analitzant les intervencions quirúrgiques, s'observa que la meitat es fan amb cirurgia major ambulatoria. Es una tendència que s'ha anat incrementant els darrers anys, ja que aporta molts avantatges, dels quals en destacariem que afavoreix la recuperació dels pacients i que dona uns resultats cost-efectius superiors a les intervencions amb ingrés.

L'atenció sociosanitària

Durant l'any 2014, s'han implementat i consolidat les línies estratègiques que emanen del Pla de Salut 2011-2015. Les accions en què es concreten aquestes estratègies han determinat que la xarxa sociosanitària s'hagi d'adaptar per donar resposta a les necessitats de la ciutadania i del sistema de salut.

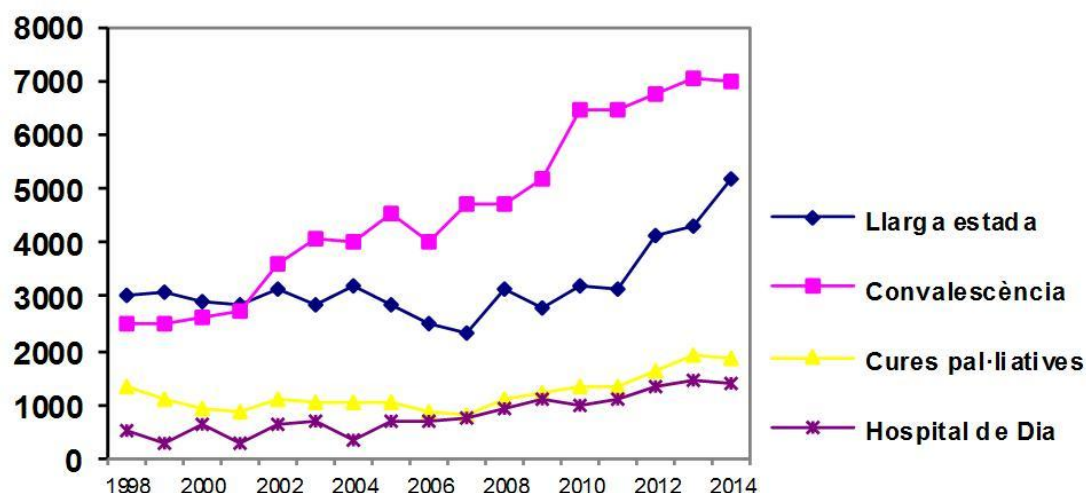
S'ha desenvolupat una nova línia de servei, l'atenció subaguda, orientada a pacients, generalment persones grans fràgils, amb malaltia crònica evolucionada (majoritàriament respiratòria i cardíaca) que pateixen una reagudització o descompensació de la malaltia principal o una complicació que hi està relacionada i que acostuma a cursar amb risc de davallada funcional i requereix hospitalització. L'hospitalització de subaguts és una alternativa a l'hospitalització convencional que ofereix plans terapèutics interdisciplinaris i que va més enllà de la gestió de la malaltia.

Altres línies ja existents, com la llarga estada i la convalsència, també estan en procés de reordenació atesos els canvis que es produeixen en la demanda. En el cas de la convalsència, s'ha produït un increment progressiu de la demanda, mentre que en el cas de la llarga estada la situació és la inversa.

S'ha atès 5.157 persones en llarga estada, 7.021 en convalsència, 1.871 en cures pal·liatives i 1.398 a l'hospital de dia (vegeu la figura 7). Pel que fa als equips de suport especialitzat, els programes d'atenció domiciliària (PADES) han atès 4.070

persones i han donat 3.209 altes. A les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) de geriatria i pal·liatius s'han atès 3.477 i 1.198 persones, respectivament, i s'han donat d'alta 2.306 i 1.159 persones.

Figura 7. Evolució del nombre de persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1998-2014.



Font: conjunt mínim bàsic de dades de recursos sanitaris (CMB-SS). CatSalut.

La prestació farmacèutica

L'increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2013 ha estat d'un 1,2% en receptes i d'un 1,1% en import.

Els tres subgrups de medicaments que representen un percentatge major en import sobre el total de les especialitats farmacèutiques són els antipsicòtics (6,8%), els inhaladors adrenèrgics (5,7%) i els antiepilèptics (5,4%). Els deu primers principis actius en receptes representen el 31,4% de les receptes de les especialitats farmacèutiques (vegeu el quadre 4).

Quadre 4. Percentatge de receptes dels deu primers principis actius sobre el total de receptes d'especialitats farmacèutiques. Barcelona, 2014.

Principi actiu	%	Principi actiu	%
Omeprazol	6,9	Metformina	2,2
Paracetamol	5,1	Lorazepam	2,1
Simvastatina	4,3	Hidroclorotiazida	1,8
Àcid acetilsalicílic	3,1	Atorvastatina	1,6
Enalapril	2,5	Ibuprofè	1,6

Font: aparador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

Indicadors d'ús de recepta electrònica

Pel que fa als resultats en l'ús de la recepta electrònica per línia assistencial a finals del 2014, en l'àmbit de l'atenció primària s'ha obtingut un valor del 97,5%. La incorporació de la xarxa especialitzada (68,6%), la salut mental (81,4%) i l'atenció sociosanitària (63,8%) han estat els àmbits que més han contribuït a augmentar els resultats globals respecte a l'any anterior. Per àrea integral de salut (AIS), els valors

més alts d'ús es troben a l' AIS Dreta (96,5%). Dos hospitals de l' AIS Esquerra i un de l' AIS Litoral obtenen valors baixos en la implantació de la recepta electrònica.

Harmonització de tractaments farmacològics

Davant la rellevància del maneig farmacològic de les quatre malalties prioritzades en el Pla de Salut 2011-2015 i integrades en el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC), diabetis mellitus tipus 2, insuficiència cardíaca, depressió major i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), des de l' Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries es van elaborar unes pautes d'harmonització del tractament farmacoterapèutic amb l'objectiu de generar unes recomanacions de referència que promoguin la qualitat, la seguretat i l'eficiència en la prescripció. Durant l'any 2014 s'han presentat als proveïdors per tal que les incorporin a les rutes assistencials corresponents i s'han fet reunions de seguiment sobre l'ús dels fàrmacs en aquestes patologies.

El context físic

Les condicions de l'habitatge i del barri

Segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 5.339 procediments judicials lligats al lloguer (un 5,7% més que l'any 2013) i 1.795 per execució hipotecària (un 6,5% menys que l'any anterior). S'han produït també 3.055 llançaments (un 1,1% menys que l'any 2013), el 89,6% derivats de la Llei d'arrendaments urbans.^f

L'any 2014 s'ha comptabilitzat a la ciutat de Barcelona un total de 2.778 persones sense llar. D'aquestes, 1.640 persones han estat allotjades en recursos assistencials de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar, i s'han detectat 715 persones que dormien al carrer i 423 persones que residien en assentaments (vegeu la distribució per districtes al quadre 1). Tot i que el nombre de persones sense sostre i que resideix en assentaments ha disminuït respecte a l'any anterior, aquesta disminució ha tingut més a veure amb un augment dels recursos assistencials que amb una disminució de l'exclusió residencial.

L'any 2014 s'han acabat 378 habitatges de protecció oficial (HPO) i s'han concedit llicències per construir-ne 252 més. Tot i que això suposa un increment respecte a l'any anterior, aquestes xifres encara queden lluny de les xifres d'anys previs (vegeu la figura 1). En total, i segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, a finals del 2014 la ciutat de Barcelona disposava de 10.426 HPO de lloguer (1,3% del parc d'habitatges), xifres encara molt allunyades de les d'altres països europeus (pels volts del 20% en països com Dinamarca, França o el Regne Unit i de fins al 35% a Holanda).

El nombre d'inscripcions al Registre de Sol·licitants d'HPO de Barcelona a finals del 2014 era de 29.725 (un 4% més que l'any anterior). Això suposa un total de 54.290 persones, si se sumen tots els membres de la unitat familiar, el 3,4% de la població de la ciutat, amb diferències segons el districte (vegeu el quadre 1). Durant l'any 2014 s'han adjudicat 537 HPO: 275 noves adjudicacions i 262 segones adjudicacions. També s'han adjudicat 198 habitatges per a emergències socials (persones amb data de llançament per impagament d'hipoteca o lloguer) (vegeu-ne la distribució per districtes al 0 1).

Pel que fa a les ajudes al pagament del lloguer, si en restem la renda bàsica d'emancipació, la normativa de la qual va ser derogada a finals de l'any 2011, l'any 2014 s'ha concedit un total de 4.796 ajudes al lloguer (un 2,1% més que l'any anterior). D'aquestes, 2.535 van ser del programa Lloguer Just, cosa que suposa un 15% menys que l'any 2013, seguint la tendència a la reducció dels darrers anys. S'han donat 1.032 ajuts d'especial urgència (un 111% més que l'any anterior) per donar resposta a dificultats de pagament puntuals de lloguer –la majoria– o d'hipoteca, que inclouen com a novetat ajudes a persones amb atur de llarga durada. També s'han concedit 19 ajuts per al pagament de la fiança i el primer mes de lloguer i 1.210 ajuts al lloguer d'habitatges dotacionals.

Ha continuat la tendència a la reducció de les ajudes a la rehabilitació d'edificis. Segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, l'any 2014 es van donar 4,5 milions d'euros de subvenció pública per a la rehabilitació (instal·lació d'ascensors i altres ajudes) (un 44,7% menys que l'any anterior) a un total de 127 edificis (2.068 habitatges) (vegeu-ne la distribució per districtes al quadre 1).

^f Dades referides a qualsevol tipus d'immoble.

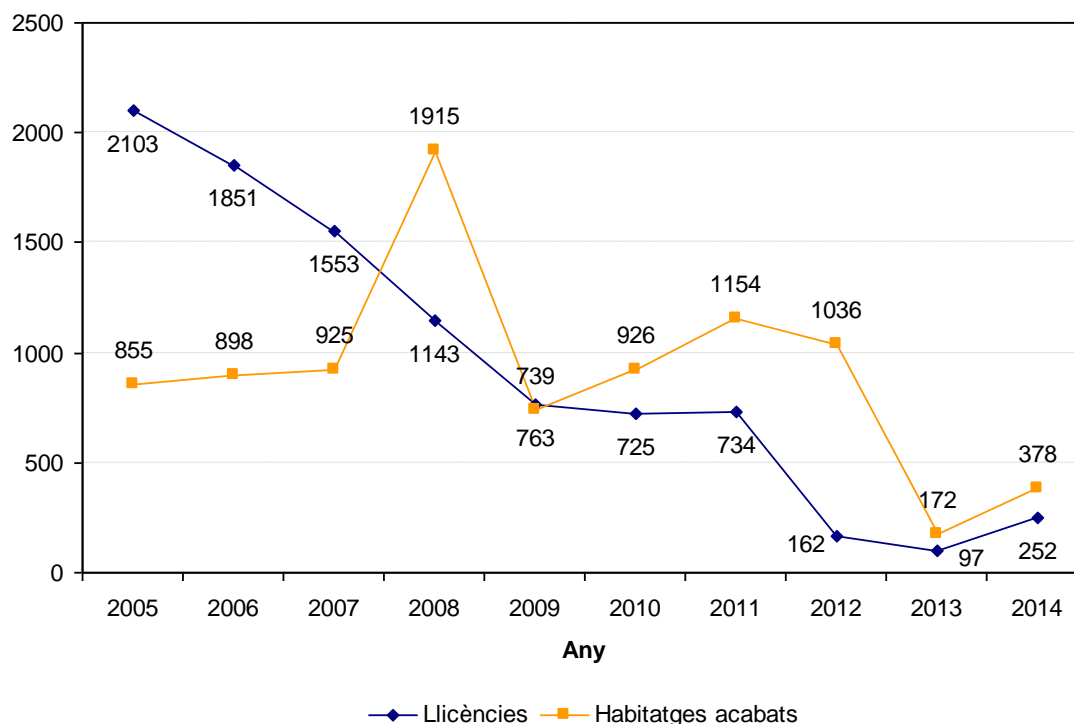
Quadre 1. Indicadors relacionats amb l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2014.

	Ajuts per a la rehabilitació ¹ d'edificis d'habitatges ²			Persones o famílies inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona ²			Habitatges adjudicats per a emergències socials ²		Persones que dormen al carrer ³	
	Nombre d'edificis	Nombre d'habitatges	Subvenció	Nombre d'expedients	Nombre de persones a la unitat familiar	% sobre la població del districte	n	%	n	%
Ciutat Vella	22	167	392.462,77€	2.989	6.259	6,0	35	17,7	126	17,6
Eixample	14	149	190.359,60€	3.612	5.816	2,2	15	7,6	121	16,9
Sants-Montjuïc	12	131	248.284,99€	3.204	6.047	3,3	24	12,1	113	15,8
Les Corts	4	77	75.012,54€	903	1.393	1,7	3	1,5	35	4,9
Sarrià – Sant Gervasi	8	79	188.688,83€	1.085	1.564	1,1	4	2,0	71	9,9
Gràcia	4	110	66.230,28€	2.175	3.358	2,8	7	3,5	21	2,9
Horta-Guinardó	13	169	102.532,89€	3.486	6.450	3,8	25	12,6	35	4,9
Nou Barris	31	873	2.785.684,87€	3.928	8.054	4,9	32	16,2	31	4,3
Sant Andreu	7	75	79.348,52€	3.181	5.845	4,0	14	7,1	48	6,7
Sant Martí	12	238	323.131,78€	5.162	9.504	4,1	39	19,7	114	15,9
Total Barcelona	127	2.068	4.451.737,07€	29.725	54.290	3,4	198	100	715	100

Fonts: cens de població i habitatges 2011. Instituto Nacional de Estadística. Memòria del Consorci d'Habitatge de Barcelona, 2014.

¹Inclou instal·lació d'ascensors i altres ajudes. ²Memòria del Consorci de l'Habitatge de Barcelona, 2014. ³Equip de Detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS), 2014.

Figura 1. Nombre de llicències per construir habitatges de protecció oficial i habitatges de protecció oficial acabats. Barcelona, 2005-2014.



Font: Patronat Municipal d'Habitatge de Barcelona

La seguretat alimentària

Una alerta alimentària és una situació de risc per a la salut pública provocada per la presència d'un perill físic, químic o biològic en un aliment o en un material en contacte amb aliments. Requereix actuacions immediates per poder localitzar els productes afectats i retirar-los de la comercialització. Els inspectors de l'ASPB s'asseguren que els operadors d'empreses alimentàries reben la informació relacionada amb l'alerta, demanen la distribució dels productes venuts i verifiquen que els productes s'han retirat de la venda. Comproven que els productes afectats es destrueixen o es retornen a l'origen i, si el producte ha estat elaborat a Barcelona, investiguen les causes de la incidència per evitar que es torni a produir i, si escau, s'incoa un expedient sancionador.

Per determinar el nivell d'urgència i prioritzar les actuacions, els expedients es classifiquen d'acord amb les característiques del perill, l'origen i la distribució de l'aliment en cinc nivells: els nivells 1 i 2 corresponen a riscos greus i immediats i el 3 i 4 a altres riscos. El nivell 5 correspon a les alertes informatives, notificacions en què no hi ha possibilitat que el producte es trobi als circuits de comercialització nacional. Pel que fa a aquests tipus d'expedients, el 2014, s'ha gestionat un total de 62 notificacions, que representen el 47,3% de les alertes que s'han tramitat a tot Catalunya (dades de l'aplicatiu Sistema Coordinat d'Intercanvi Ràpid d'Informació (SCIRI) del portal d'aplicacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). El nombre d'alertes que han requerit intervenció el 2014 s'ha incrementat respecte al 2013 (n=47), tot i que es manté la tendència dels últims anys (de l'any 2011 al 2014 es gestionen anualment de 50 a 65 alertes).

L'origen majoritari dels productes implicats en les alertes rebudes a Barcelona ha estat la Unió Europea, especialment Espanya (39%) i França (11%). Els aliments més

freqüentment implicats, d'acord amb el quadre 2, han estat els productes de la pesca contaminats amb químics, les notificacions de complements alimentaris elaborats amb ingredients no autoritzats i formatges de pasta tova amb contaminants biològics. Els perills més habituals han estat els químics (mercuri, cadmi, amines aromàtiques, aflatoxines o plom) seguits dels biològics (salmonel·la, *Listeria*, *Escherichia coli*...). Amb menor freqüència han aparegut els perills físics i la presència d'al·lèrgens o de substàncies no autoritzades en aliments (vegeu la figura 2).

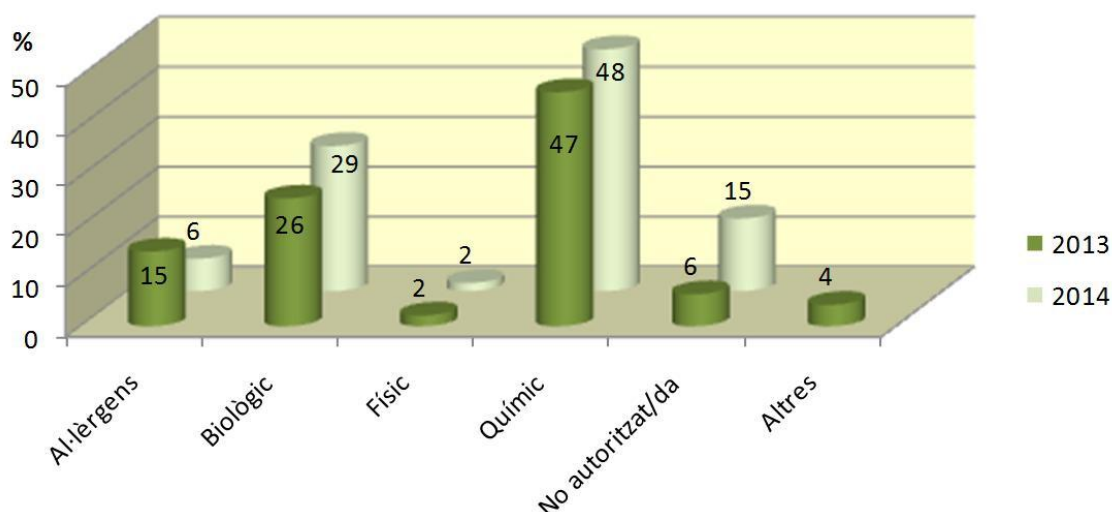
D'altra banda, s'han notificat expedients que, malgrat que no estaven considerats com a alertes alimentàries, s'han gestionat de manera similar per controlar-ne els perills alimentaris. S'han notificat 4 rebutjos d'aliments introduïts a la Unió Europea per operadors de Barcelona que han resultat no ser conformes als controls realitzats en els punts d'inspecció fronterers. A més s'han notificat 23 expedients classificats com a diversos, només informatius, majoritàriament per presència de substàncies no autoritzades en complements alimentaris. Aquesta informació s'ha traslladat als inspectors per tal que, si detectessin aliments implicats en els establiments inspeccionats, fessin actuacions de control i retirada.

Quadre 2. Nombre i percentatge d'alertes segons la categoria d'aliments implicats. Barcelona, 2013-2014.

Classificació segons categoria	2013		2014	
	Núm. Notificacions	%	Núm. Notificacions	2014%
Carns i derivats	2	4	3	5
Cereals, farines i derivats	5	11	4	6
Complements alimentaris	1	2	10	16
Additius/ Preparats enzimàtics	2	4	2	3
Espècies i condiments	1	2	2	3
Fruïtes, hortalisses, verdures, lleguminoses, tubercles i derivats	5	11	4	6
Fruits secs	2	4	0	0
Llet i derivats	4	9	6	10
Material en contacte amb aliments	1	2	4	6
Pesca i derivats	24	51	19	31
Begudes alcohòliques	0	0	1	2
Olis vegetals	0	0	1	2
Caramels	0	0	3	5
Preparats especials (aliments infantils, alimentació enteral)	0	0	2	3
Plats preparats	0	0	1	2
Total	47	100	62	100

Font: Registre d'alertes del 2014, Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Nombre d'alertes segons el tipus de perill detectat. Barcelona, 2013-2014.



Font: Registre d'alertes del 2014, Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La qualitat de l'aire

En les grans ciutats, el trànsit és una de les principals fonts de contaminants i Barcelona és una de les ciutats europees amb major densitat de vehicles. L'efecte del trànsit és tan directe que viure en un carrer amb molt de trànsit pot incrementar, per exemple, el risc de tenir problemes respiratoris en els infants, risc que disminueix si la distància respecte a entorns de trànsit elevat s'amplia. Per tant, les mesures que aconseguixin fer disminuir el transport motoritzat a la ciutat tindran impacte en la reducció de la contaminació ambiental i en la millora de la salut de la població. Per exemple, aquests esforços han comportat una reducció del 30% de les emissions d'NO₂ durant el període 2003-2012 a les principals àrees urbanes de la Unió Europea, i s'ha aconseguit que la meitat de la població hi estigui exposada per sota dels 30 µg/m³. Quant als efectes de la reducció dels nivells de PM₁₀ en la salut, diversos estudis coincideixen a assenyalar la reducció de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida (reduccions de 20 µg/m³ incrementarien 14 mesos l'esperança de vida a la regió metropolitana de Barcelona).

Tal com s'ha comentat anteriorment, la qualitat de l'aire a la ciutat ha de millorar, malgrat que sovint es compleixen els límits recomanats per la Unió Europea. Destaquem, però, que cal continuar fent accions que acostin la qualitat de l'aire de la ciutat a les recomanacions d'organismes com l'OMS, que, basant-se de forma més directa en l'impacte sobre la salut, recomana nivells més restrictius en els valors límit de diferents contaminants.

Respecte als límits establerts per la Unió Europea cal assenyalar que després de la millora detectada l'any 2013 en els contaminants crítics de la ciutat (NO₂ i material particulat), s'ha produït una estabilització general dels nivells anuals de qualitat de l'aire a la ciutat. L'avaluació per a l'any 2014 indica que la situació es manté estable respecte a l'any anterior per a tots els contaminants, només se supera el valor límit anual d'NO₂ a les estacions orientades al trànsit molt intens i pel que fa a la resta de

contaminants es compleix la resta de valors límit o objectiu establerts a la Directiva 2008/50/CE i al Reial Decret 102/2011.

Respecte al NO_2 , s'ha produït una evolució divergent dels nivells anuals. Les estacions orientades al trànsit han mantingut la tendència als descens dels nivells anuals d' NO_2 , i acumulen des de l'any 2011 un descens de la mitjana anual de fins al 22% a l'estació de Gràcia – Sant Gervasi. Per contra, l'any 2014, els nivells anuals de fons urbà s'han incrementat entre un 4 i un 5% respecte a l'any anterior. Respecte a les superacions del valor límit horari, només s'ha produït una superació a l'estació de Gràcia – Sant Gervasi. Així, l'evolució per a aquest contaminant es manté estable respecte a l'any anterior: el valor límit anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) se supera a les estacions de l'Eixample ($52 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i de Gràcia – Sant Gervasi ($52 \mu\text{g}/\text{m}^3$), i es compleix a la resta d'estacions de la ciutat, que presenten uns nivells entre els $28 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de fons urbà del Parc de la Vall d'Hebron i els $39 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de trànsit moderat de Poblenou (vegeu la figura 3).

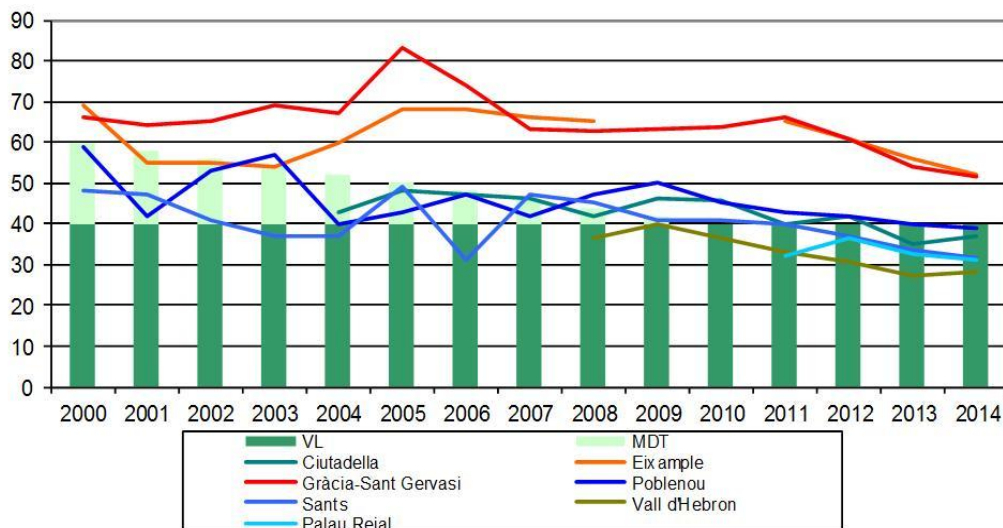
Pel que fa a les partícules PM_{10} , cal destacar l'increment en el nombre de superacions del valor límit diari a totes les estacions de la ciutat. Tanmateix, no s'ha superat, per segon any consecutiu, el nombre de superacions permeses (35 dies a l'any) a cap de les estacions de la ciutat. L'estació amb major nombre de superacions ha estat la de Gràcia – Sant Gervasi, amb 19 superacions, afectada durant el primer semestre de l'any per les obres d'urbanització de la plaça Gal·la Plàcidia. Per contra, les mitjanes anuals es mantenen pràcticament estables entre els $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de les estacions de fons urbà de l'IES Goya i Vall d'Hebron i els $28 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de trànsit molt intens de Plaça Universitat. Respecte a aquests nivells anuals, cal destacar els $27 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de fons urbà de l'IES Verdaguer, ubicada al Parc de la Ciutadella, que posa de manifest la importància que tenen altres fonts diferents del trànsit en la presència d'aquest contaminant (vegeu la figura 4).

Quant a les partícules $\text{PM}_{2,5}$, els nivells anuals també s'han mantingut estables respecte a l'any anterior, i s'han situat entre els $12,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de fons urbà del Parc de la Vall d'Hebron i els $17,0 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de l'estació de trànsit molt intens de Plaça Universitat. En cap de les estacions de la ciutat no se supera el valor límit anual establert per a l'any 2015 ($25 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i fins i tot el valor límit anual previst per a l'any 2020 ($20 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

La resta de contaminants segueix complint els corresponents valors límit o valors objectiu establerts al Reial Decret 102/2011 per als gasos (CO , SO_2 i O_3), els metalls (Cd , Ni , As i Pb), els hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè) i els compostos orgànics volàtils (benzè).

Per tant, cal reforçar les mesures per reduir la contaminació a través de la disminució de la principal font contaminat, el trànsit, per tal no tan sols de no superar els valors límit legalment establerts sinó d'acostar-se als valors recomanats per l'OMS.

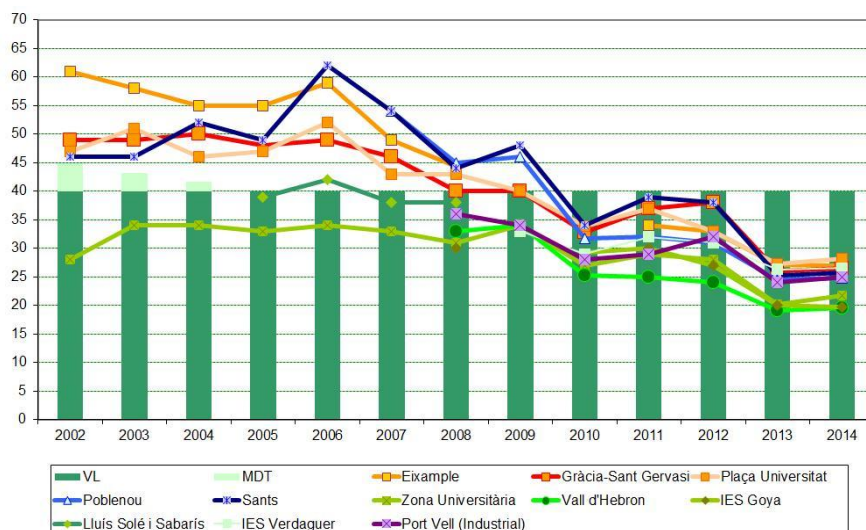
Figura 3. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO₂) per estació de mesurament. Barcelona, 2000-2014.



Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: valor límit (VL) = 40 µg/m³. MDT (marge de tolerància).

Figura 4. Evolució de la mitjana anual de partícules PM₁₀ per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2014.



Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: valor límit (VL) = 40 µg/m³. MDT (marge de tolerància). L'estació Lluís Solé i Sabarís va canviar l'any 2009 de mètode d'anàlisi i d'ubicació, i actualment està situada a l'estació de Palau Reial.

La qualitat de l'aigua

La vigilància i el control de l'aigua de proveïment públic

L'ASPB, com a autoritat sanitària competent a Barcelona, desenvolupa els programes autonòmics de vigilància de la qualitat sanitària de l'aigua de consum, del control de la desinfecció i del control i supervisió de l'entitat gestora (Aigües de Barcelona) que, per gestió indirecta, s'encarrega de la distribució de l'aigua de consum humà. Aquests programes impliquen la recollida de mostres en punts representatius de la xarxa de distribució i l'anàlisi de tots els paràmetres de qualitat de l'aigua legistats,⁹ la realització de determinacions del desinfectant residual i les visites d'inspecció a l'entitat gestora. Al quadre 3 es mostren les principals activitats de vigilància i control, així com els resultats analítics per una selecció dels paràmetres representatius de la qualitat de l'aigua de la ciutat. La classificació, segons els criteris dels programes autonòmics, és de classe 1, xarxes amb una desinfecció correcta, instal·lacions en condicions sanitàries correctes, programes d'autocontrol correctes i zones d'abastament amb valors paramètrics conformes.

El control a l'aixeta del consumidor

L'ASPB realitza, des del 2004, controls de la qualitat de l'aigua als punts de consum, les aixetes ciutadanes, per verificar que el pas de l'aigua per les instal·lacions interiors de locals i habitatges no en modifica la qualitat.^h Durant el 2014 s'han recollit mostres en un total de 325 aixetes ciutadanes (17% sol·licituds i 83% d'ofici) dins de 115 edificis. El 38% dels controls presentaven alguna incidència, fet que ha provocat que l'ASPB realitzi 123 reinspeccions. La figura 5 mostra la tipologia d'edifici mostrejat pel període temporal 2010-2014. Durant el 2014 s'ha produït un ascens molt important del percentatge de controls realitzats als habitatges particulars (92% del total). S'indiquen també les tres incidències de la qualitat de l'aigua que s'observen amb més freqüència. La incidència més detectada és l'excés de plom a l'aigua a causa de la cession d'aquest metall des de les canonades internes (35% controls al 2014, vegeu la figura 5), seguida d'una concentració insuficient del desinfectant residual (4%) en instal·lacions extenses que sovint disposen de dipòsits interns d'acumulació de l'aigua i les proliferacions de microorganismes (4%), que es deuen a contaminacions puntuals de les aixetes i/o dels aparells domèstics de tractament de l'aigua.

El plom a les instal·lacions interiors

Durant el 2014 ha entrat en vigor la reducció normativa de la concentració màxima permesa de plom a l'aigua de consum, que ha passat de 25 µg/l a 10 µg/l.ⁱ L'exposició al plom està associada a un seguit d'efectes negatius sobre la salut, incloent-hi efectes neurològics, cardiovasculars (increment de la pressió arterial i incidència de la hipertensió), insuficiència renal i problemes reproductius, essent les dones embarassades, els nadons i els infants els grups d'especial risc.^{1,2,3} La disminució normativa del límit màxim ha provocat un augment molt considerable del percentatge de controls en què es detecten incompliments el 2014 (35%) respecte als anys previs (<10%, vegeu la figura 5). Tanmateix, aquests percentatges no són representatius de tota la ciutat sinó que estan sobreestimats, ja que en el mostreig d'ofici sempre es

⁹ Reial Decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà (BOE núm. 45, de 21-2-2003).

^h Article 20 del Reial Decret 140/2003.

ⁱ Annex I RD 140/2003.

prioritzen les zones urbanes amb edificis antics. Durant el 2014 els controls realitzats d'ofici (83% total) s'han dirigit molt a habitatges on es preveia l'existència de canonades de plom: punts on l'ASPB històricament havia recollit mostres i la concentració de plom era inferior a 25 µg/l però superior a 10 µg/l (43% d'incidències per plom) i controls preventius a locals/habitatges de finques on un control inicial havia trobat un incompliment per plom (49% d'incidències).

La millor manera de comprovar si existeix una exposició al plom per l'aigua de consum és realitzar una analítica de plom a l'aigua de l'aixeta. Qualsevol persona resident a Barcelona pot sol·licitar a l'ASPB la realització d'una anàlisi gratuïta de l'aigua del seu local/habitatge. Per corregir l'excés de plom caldrà substituir les canonades antigues de plom per canonades d'un altre material.

Quadre 3. Activitats realitzades i principals resultats obtinguts en el desenvolupament dels programes de vigilància i control de l'aigua de consum humà que realitza l'ASPB a la ciutat. Barcelona, 2014.

	Total Barcelona	Zona B	Zona D	Zona E
Programa de vigilància sanitària				
Nombre de determinacions analítiques xarxa distribució	1946	388	970	388
Clorurs (límit 250 mg/l) ^a	(22 - 151) 76	(138 - 151) 150	(23 - 138) 76	(22 - 61) 23
Trihalometans (límit 150 µg/l) ^a	(11 - 73) 52	(11 - 53) 30	(39 - 73) 57	(39 - 81) 53
Plom (límit 10 µg/l)	< 1	< 1	< 1	< 1
Nitrat (límit 50 mg/l) ^a	(4 - 10) 5	(5 - 9) 6	(4 - 10) 5	4
<i>Escherichia coli</i> (límit 0 ufc/100mL)	< 1	< 1	< 1	< 1
Enterococ (límit 0 ufc/100mL)	< 1	< 1	< 1	< 1
Programa control desinfecció				
Nombre de controls desinfectant xarxa distribució	210	50	140	20
Programa control i supervisió				
Nombre de visites d'inspecció	29	5	15	9

Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota:

Resultats expressats en: (mín. – màx.) *mediana*:

Zona **Origen majoritari de l'aigua** **Distribució geogràfica**

Zona B Llobregat Part del Districte de Sants-Montjuïc (~ 4% consum 2014)

Zona E Ter Part dels Districtes de Nou Barris i Sant Andreu (~ 8% consum 2014)

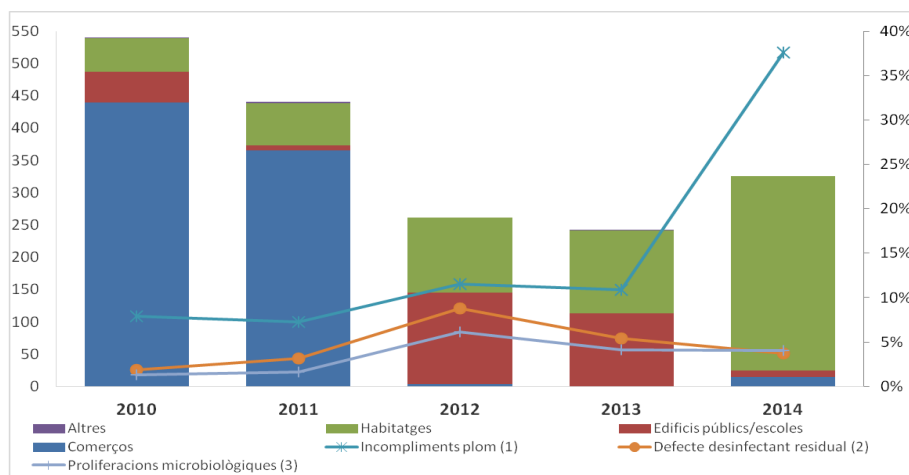
Zona D Llobregat + Ter Resta de la ciutat (~ 87% consum 2014)

Figura 5. Nombre de controls a l'aixeta del consumidor i distribució en funció del tipus d'edifici mostrejat. Barcelona, 2010-2014.

(S'hi inclouen també les principals incidències detectades en percentatge respecte al total de controls).

eix esquerra:
tipus d'edifici

eix dret:
% incidències



Font: Direcció de Vigilància i Control Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Incompliment per plom: concentracions superiors als 25 µg/l excepte en el 2014 on s'aplica la nova reducció del nivell màxim de 10 µg/l. ²Defecte desinfectant residual: concentracions de clor lliure residual inferiors als 0,2 mg/l

³ Proliferacions microbiològiques: recompte de coliformes i/o *Escherichia coli* > 0 UFC/100mL.

Referències bibliogràfiques

1 EPA. Learn about Lead. Environmental Protection Agency. 2015. <http://www2.epa.gov/lead/learn-about-lead#exposed>

2 Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, Yolton K, Banhurst P, Bellinger DC, et al. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. *Environmental Health Perspectives*. 2005; 113: 894-99.

3 WHO. Lead in drinking-water. Background document for development of WHO Guidelines for Drinking-water Quality. Geneva, Switzerland; 2011.

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona, realitzada anualment per l'Ajuntament de Barcelona als residents en l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat majors de 15 anys, l'any 2014 s'han realitzat diàriament en dies feiners 6,6 milions de desplaçaments amb origen o destí a la ciutat (independentment del mitjà de transport). D'aquests, 4,7 milions (72,2%) eren interns (amb origen i destinació a Barcelona) i 1,8 milions (27,8%) eren de connexió (amb origen o destinació fora de Barcelona) (vegeu el quadre 1). Els residents a la ciutat van fer el 78,3% dels desplaçaments per Barcelona, el 96,7% dels desplaçaments interns i el 30,8% dels desplaçaments de connexió. En els desplaçaments interns una major proporció van ser realitzats per dones (54%), en canvi en els de connexió una major proporció van ser realitzats per homes (55,4%).

Pel que fa al motiu dels desplaçaments, en dia feiner, el 60% dels desplaçaments interns per la ciutat són per mobilitat ocupacional, en ambdós sexes, i el 40% per mobilitat personal, compres, visita mèdica, visita a un amic o familiar, acompanyament a altres persones, gestions personals, oci, diversió, àpats, esport o passeig. En els desplaçaments de connexió la mobilitat ocupacional arriba al 80% tant en homes com en dones.

L'ús dels diferents modes de transport en dia feiner varia segons si els desplaçaments són interns o de connexió. El mode de transport més usat en els interns és caminar. El 51% dels desplaçaments interns en homes i el 56% en dones són a peu. El segon mode de transport més usat en els desplaçaments interns és el transport públic, 26% en homes i 32% en dones. En tercer lloc es troba el transport privat, amb un ús del 20% en homes i 11% en dones. L'ús de la bicicleta és del 4% en homes i de l'1% en dones. En canvi, en els desplaçaments de connexió, el mode de transport més usat en homes és el transport privat (54%) i en segon lloc el transport públic (43%). En les dones ocorre al revés, el mode més usat en els desplaçaments de connexió és el transport públic (64%) i en segon lloc el transport privat (32%). Caminar i desplaçar-se en bicicleta són modes de transport poc usats en els desplaçaments de connexió.

Quadre 1. Nombre de desplaçaments en un dia feiner per Barcelona realitzats pels residents majors de 15 anys en l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat. Barcelona, 2014.

	Homes				Dones			
	Interns n	%	Connexió n	%	Interns n	%	Connexió n	%
Mode de transport								
A peu	1.102.386	50,6	26.413	2,6	1.421.184	55,6	32.507	4,0
Bicicleta	82.985	3,8	3.714	0,4	26.947	1,1	0	0,0
Transport públic	565.364	26,0	436.974	43,2	823.177	32,2	518.796	63,8
Vehicle privat	425.778	19,6	544.995	53,8	284.702	11,1	262.010	32,2
Motiu del desplaçament								
mobilitat ocupacional	1.297.959	59,6	809.931	80,0	1.458.586	57,1	647.985	79,7
mobilitat personal	878.554	40,4	202.164	20,0	1.097.423	42,9	165.328	20,3
Total	2.176.512	46,0	1.012.096	55,4	2.556.010	54,0	813.313	44,6

Interns: desplaçaments amb origen i destí a la ciutat de Barcelona.

Connexió: desplaçaments amb origen o destí fora de la ciutat de Barcelona.

Motiu ocupacional: desplaçaments per motius relacionats amb la feina i les respectives tornades a casa.

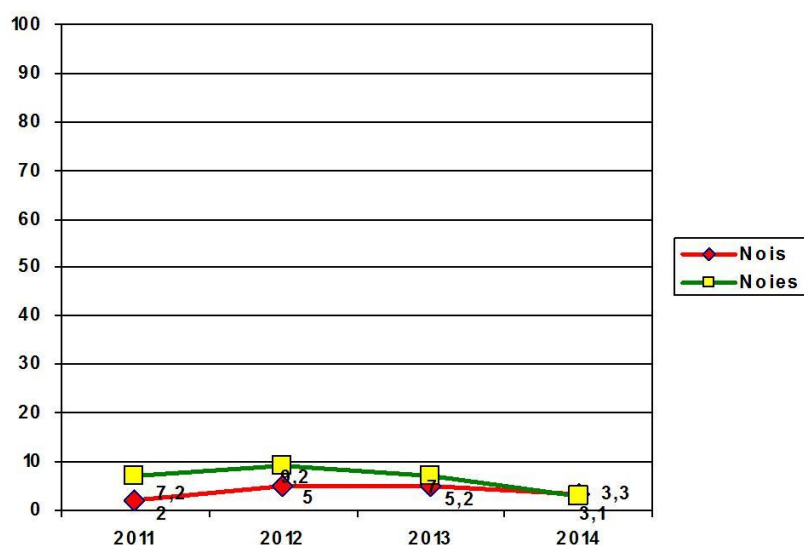
Motiu personal: desplaçaments per compres, visita mèdica, visita a un amic o familiar, acompanyament a altres persones, gestions personals, oci, diversió, àpats, esport o passeig i les respectives tornades a casa.

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF), una estadística de periodicitat anual promoguda per l'Autoritat del Transport Metropolità (ATM), l'Ajuntament de Barcelona i l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB).

L'alimentació saludable

Alguns dels comportaments relacionats amb l'alimentació que tenen una influència més gran en la població infantil i adolescent són el compliment adient de l'esmorzar i la ingesta només ocasional (algun cop per setmana) dels aliments menys saludables. Segons dades extretes de la població infantil i adolescent de Barcelona de l'Enquesta de Salut de Catalunya anual en el període que va del 2011 al 2014, un 3,9% dels nois i un 6,6% de les noies no esmorzen abans de sortir de casa. En canvi, quan s'observa l'evolució durant el període (vegeu la figura 1), sembla que la tendència en ambdós sexes és a la reducció d'aquests percentatges, de forma considerable entre les noies (3,3% el 2014), que, fins ara, sempre s'han mostrat més reticents al compliment de l'hàbit en aquesta i altres enquestes anteriors.

Figura 1. Infants i joves d'entre 3 i 18 anys que no esmorzen abans de sortir de casa. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

Quan, entre les dades de la mateixa enquesta, s'analitza la freqüència d'ingesta setmanal d'alguns dels aliments menys saludables (vegeu el quadre 2), es pot apreciar que el consum superior a l'ocasional (algun cop per setmana) que assenyalen les recomanacions oscil·la entre el 9% i el 10% per als aperitius i entre el 10% i el 15% per als dolços. El consum de begudes ensucrades és superior entre els nois (13,3%) que entre les noies (10,7%), mentre que el consum de dolços és més alt en les noies (15%) que en els nois (10,2%). Anar a establiments de menjar ràpid amb freqüència superior a l'ocasional (vegeu el quadre 2) és una conducta molt minoritària (4,2% dels nois i 2,5% de les noies) entre els infants i joves de la mostra.

Quadre 2. Freqüència d'ingesta setmanal d'aliments poc saludables en infants i joves per sexe. Barcelona, 2011-2014.

	2011-2014 Nois n (%)	2011-2014 Noies n (%)
Menjar ràpid	9,6 (4,2)	5,7 (2,5)
Begudes amb sucre	30,1 (13,3)	24,7 (10,7)
Productes amb sucre (dolços)	23,2 (10,2)	34,4 (15,0)
<i>Snacks</i> o menjars salats (aperitius)	22,2 (9,8)	20,6 (9,0)

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

Nota: freqüència superior a "ocasionalment" (més de 3 cops per setmana).

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

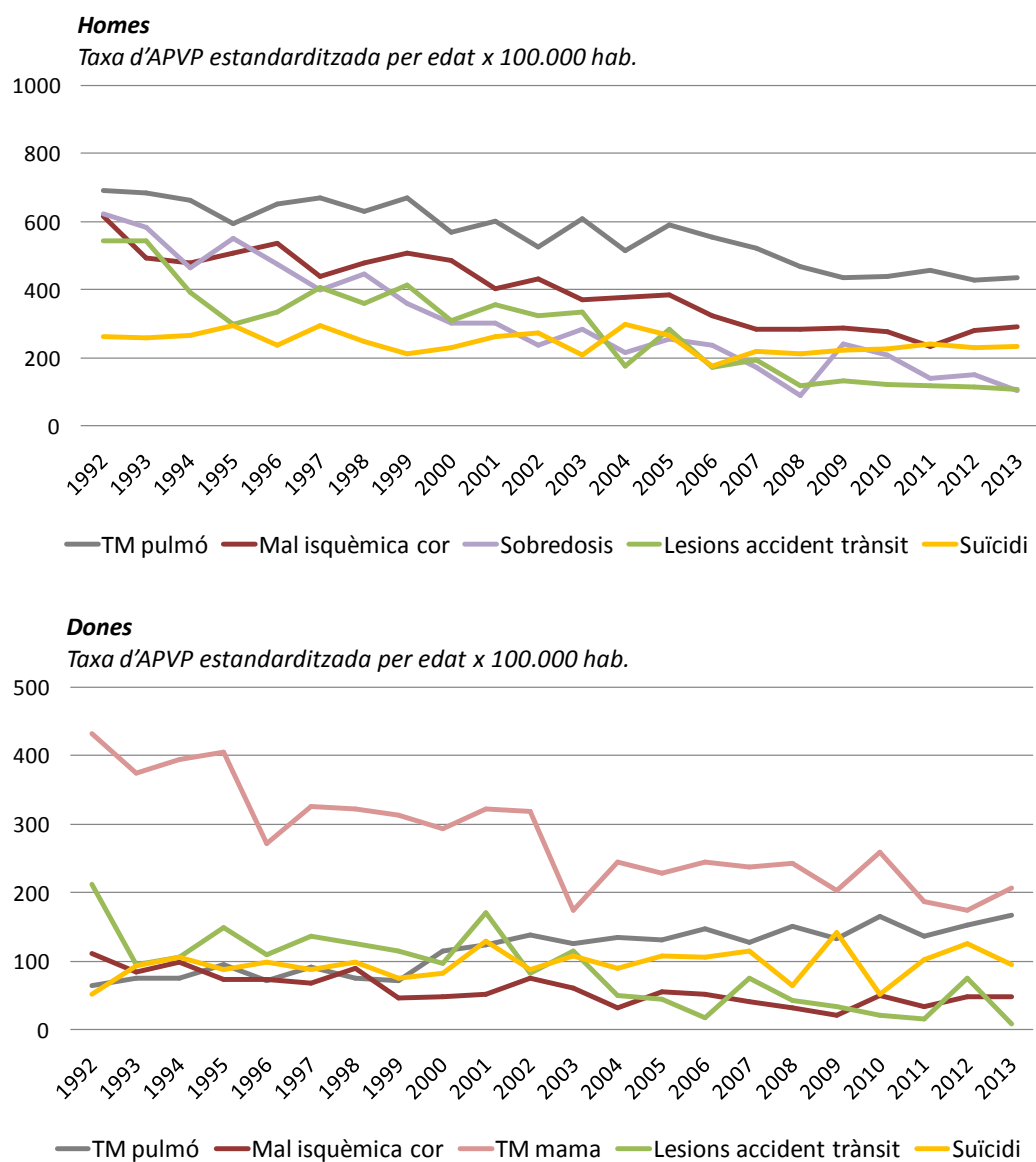
L'evidència dels impactes de les crisis econòmiques, que afecten les condicions de vida i treball de les poblacions, no és consistent pel que fa a la mortalitat. Si bé alguns estudis han mostrat un efecte positiu sobre la mortalitat, de manera que aquesta disminueix, altres estudis apunten a un efecte negatiu en algunes causes de mort concretes, com ara les causes externes i les malalties cardiovasculars, entre altres, o en els grups de població més vulnerables, amb un augment de les desigualtats en la mortalitat.

En general, la mortalitat a Barcelona segueix una tendència decreixent, i l'esperança de vida, que és alta, continua augmentant. No obstant això, els darrers anys, a partir de l'inici de la crisi econòmica que va començar a finals del 2008, alguns indicadors han interromput aquesta tendència positiva, com és el cas de la mortalitat prematura. A més, les desigualtats socioeconòmiques en la mortalitat persisteixen a la ciutat, de manera que les persones de nivell socioeconòmic baix, i les residents en àrees amb més privació socioeconòmica, presenten més risc de mortalitat.

Mortalitat prematura i evitable

A continuació, es presenta l'evolució entre els anys 1992 i 2013 de les principals causes de mort prematura (vegeu la figura 1), mesurada amb els anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys (APVP). En els homes la principal causa de mort prematura, i evitable, continua sent el càncer de pulmó, que, si bé mostrava una tendència decreixent des del 1992 que es va accelerar a partir del 2006 coincidint amb la nova Llei del tabac, a partir de l'any 2009 s'ha mantingut estable. En les dones, en canvi, la mortalitat per càncer de pulmó mostra una tendència creixent i continuada en tot el període, de manera que ha passat a ser una de les primeres causes de mort prematura, i evitable, juntament amb el càncer de mama, que malgrat la disminució observada durant la dècada dels noranta, resta força estable a partir del 2004. Altres causes de mort prematura, i evitable, eren la malaltia isquèmica del cor i les lesions per accident de trànsit, que, si bé mostraven una tendència decreixent en ambdós sexes, igual que la mortalitat per sobredosi de drogues en els homes, a partir dels anys 2008-2009 interrompen la tendència positiva que duïen, coincidint amb la crisi econòmica. D'altra banda, cal destacar el suïcidi, que, atesa la disminució de la mortalitat per algunes altres causes, com ara les lesions per accident de trànsit i la sobredosi de drogues en els homes, se situa com la tercera causa de mort prematura en ambdós sexes, si bé es manté força estable.

Figura 1. Principals causes de mortalitat prematura en homes i dones. Barcelona, 1992-2013.



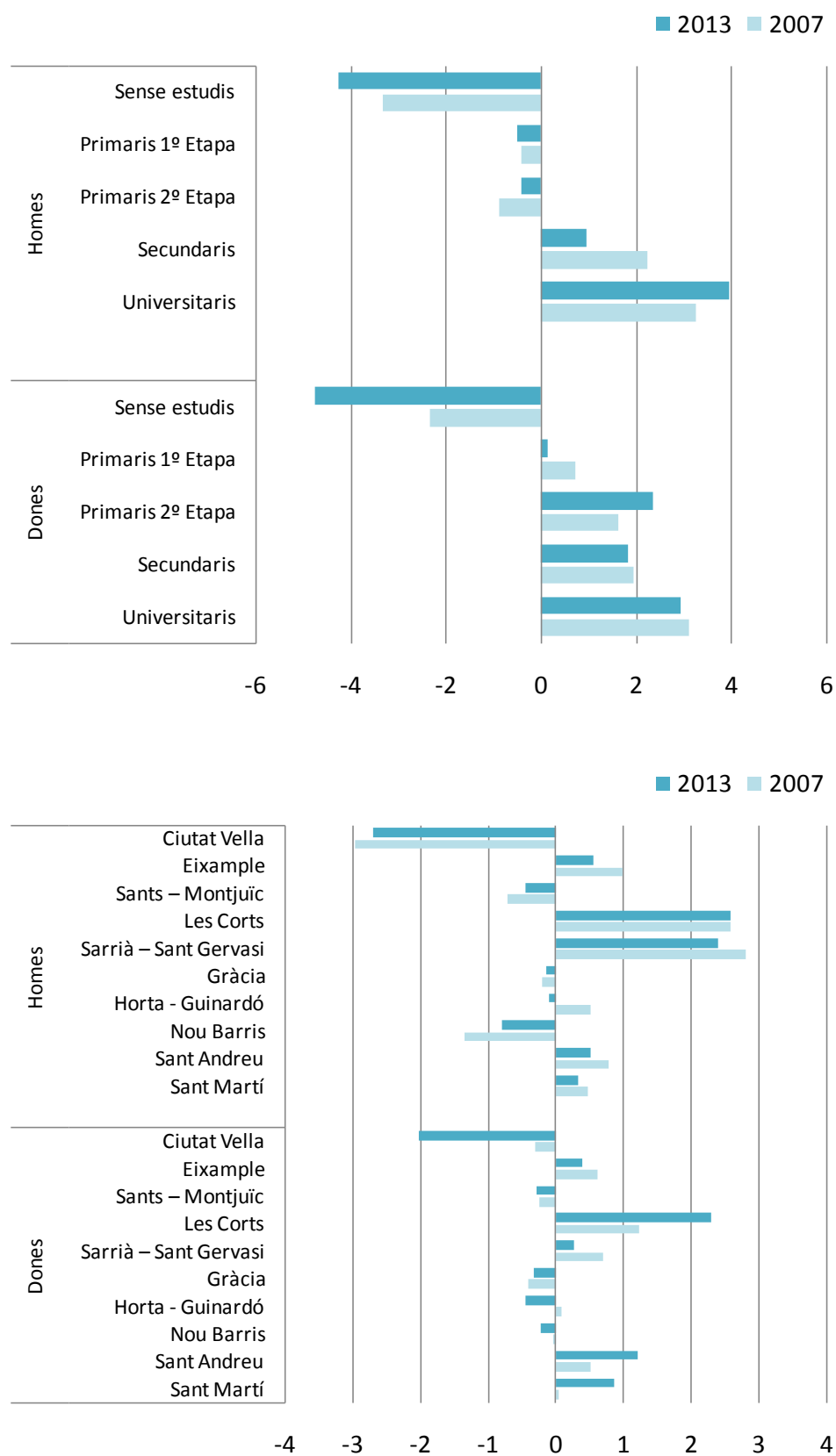
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Desigualtats socioeconòmiques en l'esperança de vida

L'any 2013 l'esperança de vida va augmentar a 80,7 anys en els homes i a 86,6 anys en les dones (79,9 anys en homes i 85,7 anys en les dones el 2012), de manera que ha augmentat 2,4 anys en els homes i 1,4 anys en les dones respecte al 2007. Aquest increment, però, no ha estat igual en els diferents grups socials, de manera que les desigualtats tendeixen a augmentar. En aquest sentit, es mostra la diferència en l'esperança de vida en néixer segons el nivell d'estudis i segons el districte de residència respecte al total de Barcelona, en homes i dones, entre els anys 2007 i 2013 (vegeu la figura 2). Segons el nivell d'estudis s'observa un gradient, en què l'esperança de vida de la població sense estudis era menor respecte al total (d'aproximadament 4 anys l'any 2013), i, al contrari, en què l'esperança de vida era molt superior en la població amb estudis universitaris (uns 4 anys en els homes i 2 anys en les dones el 2013). Val a dir que les desigualtats descrites l'any 2013 han augmentat, respecte al 2007, principalment per l'augment de les diferències en la població sense estudis. D'altra banda, també s'observen desigualtats entre districtes, de manera que l'esperança de vida era molt inferior a Ciutat Vella el 2013 (gairebé 3 anys en els homes i 2 anys en les dones) i, al contrari, va ser molt superior a les Corts en ambdós sexes, i també a Sarrià – Sant Gervasi en el cas dels homes (més de 2 anys de diferència respecte al total). Entre el 2007 i el 2013, si bé les desigualtats entre districtes en l'esperança de vida dels homes va disminuir lleugerament, en gran part per la millora a Ciutat Vella i Nou Barris, en les dones, en canvi, les diferències respecte al total de la ciutat van augmentar notablement, tant a Ciutat Vella com a les Corts, fent augmentar així les desigualtats.

És important conèixer i vigilar la mortalitat i les desigualtats en la mortalitat per tal de poder actuar i prioritzar les actuacions sobre aquells grups de població i aquelles àrees més necessitades, sobretot davant d'una situació de risc com ara l'actual recessió econòmica juntament amb la pèrdua de protecció social de la població. A Barcelona, els darrers anys, coincidint amb la crisi econòmica, la tendència decreixent de la mortalitat s'ha interromput, i les desigualtats socioeconòmiques tendeixen a augmentar. Davant d'aquesta situació, calen esforços per a mitigar els efectes negatius de l'actual crisi econòmica, que poden estar incidint més en les persones i en els barris més desafavorits.

Figura 2. Diferència en l'esperança de vida respecte al total, en homes i dones, per nivell d'estudis i per districte. Barcelona, 2007 i 2013.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

L'any 2014 es van notificar 357 nous casos de VIH a Barcelona,^j el 93% dels quals (332) residien a la ciutat, cosa que representa una taxa de 20,6 casos per 100.000 habitants i un descens del 19,2% respecte a l'any 2013, encara que no són dades definitives. El 91% dels casos (302) eren homes entre els 15 i els 75 anys (mediana de 34 anys), i les edats de les 30 dones oscil·laven entre els 22 i els 64 anys (mediana de 31,5 anys). La raó home/dona va ser d'11,2. El 51% (154) dels homes eren nascuts a l'Estat espanyol, així com el 33,3% (10) de les dones. La figura 3 mostra les taxes d'incidència per 100.000 habitants segons el sexe. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions homosexuals (HSH), seguides de les heterosexuals (HTS) amb el 86,6% (258) i el 10,7% (32) dels casos, respectivament (en 4 casos no es coneixia el grup de risc). Entre les dones les relacions HTS van ser la via més freqüent de transmissió (96,7%).

Pel que fa a la sida, aquest any 2014 se n'han detectat 64 casos, el 89,1% dels quals (57) residien a Barcelona, cosa que representa una taxa de 3,5 casos per 100.000 habitants (6,0 casos per 100.000 habitants en els homes i 1,3 casos per 100.000 habitants en dones) i un decrement del 12,2% respecte al 2013 (vegeu la figura 4). El 80,7% dels casos (46) eren homes entre els 25 i els 70 anys (mediana de 40 anys). Les edats de les 11 dones oscil·laven entre els 27 i els 62 anys (mediana de 44 anys). Les relacions sexuals no protegides van ser-ne la via de transmissió més freqüent. En els homes això va representar el 82% dels casos –64% a causa de relacions HSH i 18% a causa de relacions HTS. En el cas de les dones, les HTS representaven el 91%. L'ús de drogues injectades es va identificar en el 18% dels homes i en 1 dona. En homes les malalties indicatives de sida més freqüents van ser la pneumònia per *P. Jorovecii* (32,6%), el sarcoma de Kaposi (17,4%) i la tuberculosi (17,3%), i en les dones la tuberculosi (27,3%), la toxiplasmosi cerebral (18,2%) i la pneumònia per *P. Jorovecii* (18,2%).

En relació amb el pronòstic, el retard en el diagnòstic, que implica més risc de transmissió de la infecció, més morbiditat i pitjor supervivència, va ser del 36%, molt inferior a l'observat en l'àmbit de l'Estat espanyol i de la resta de Catalunya (47%¹ i 42%,² respectivament). Aquest any s'observa que el retard en el cas de les dones HTS va ser del 31%, en els homes HSH de 34% i en els homes HTS del 59%, vegeu la figura 5), fet que implica més risc de transmissió de la infecció, més morbiditat i pitjor supervivència.

Referències bibliogràfiques

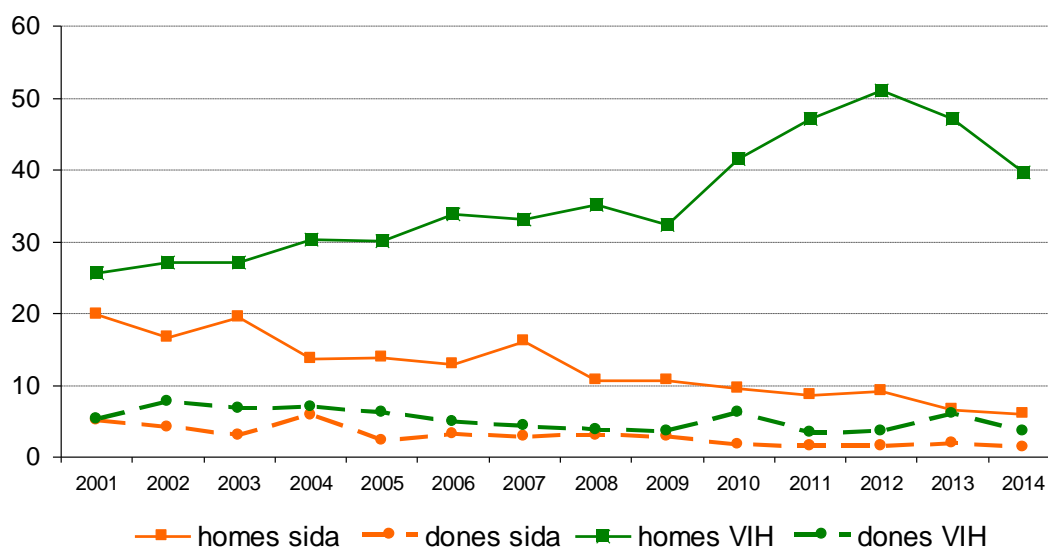
1 Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid; Madrid; Nov 2014.

2. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Actualització a 31 de desembre de 2014. Badalona: CEEISCAT; 2015.

^j Les dades d'aquest apartat són provisionals i estan subjectes a canvis a causa del retard en la notificació.

**Figura 3. Evolució de les taxes d'infecció pel VIH i de sida per sexe.
Barcelona, 2001-2014.**

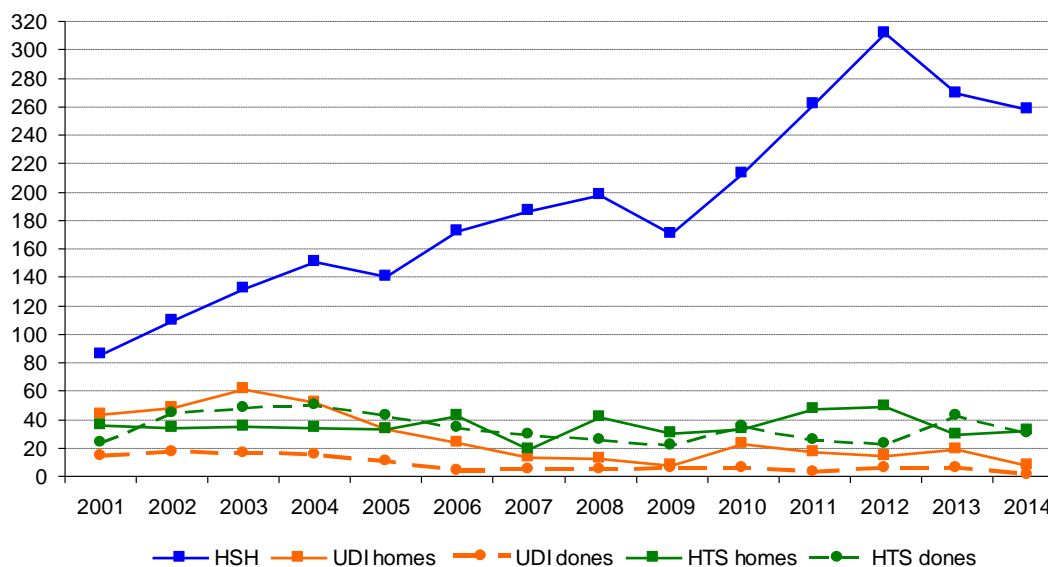
Casos per 100.000 habitants



Font: Registre de Sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 4. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2001-2014.

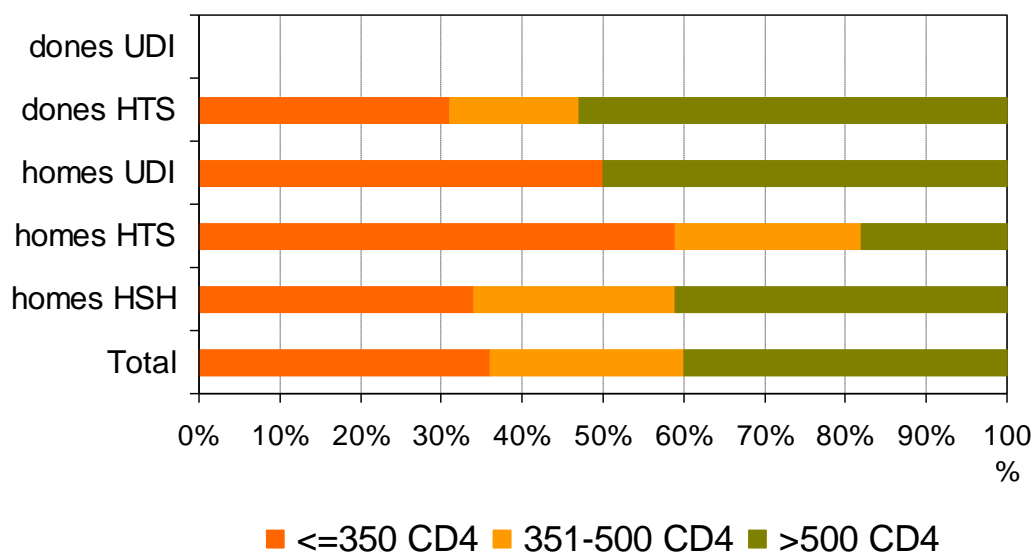
Nombre de casos



Font: Sistema d'informació del VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: HSH:homes que tenen relacions sexuals amb homes. HTS: relacions heterosexuals. UDI: usuaris de drogues intravenoses. * Dades provisionals.

Figura 5. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH, per sexe. Barcelona, 2014.



Font: Registre de VIH/SIDA. Servei d'Epidemiologia (actualització a 20 de novembre de 2014). Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: nivell de limfocits per mm³.

Les infeccions de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a través del Sistema de Malalties de Declaració Obligatòria. Les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica individualitzada a Catalunya (i a Barcelona) són, a més de la infecció pel VIH: la sífilis, la infecció gonocòccica i el limfogranuloma veneri.

Sífilis

L'any 2014 es van detectar 566 casos de sífilis infecciosa, el 88,5% dels quals (501) residien a Barcelona. S'observa una tendència a l'augment des de l'any 2007, amb una taxa de 31,1 el 2014, cosa que suposa un increment del 10,3% respecte al 2013 (vegeu la figura 6). Se n'ha detectat un major nombre de casos entre els homes que entre les dones. El 2014, els homes representaven el 94,0% (471) dels casos i tenien entre 18 i 75 anys (mediana de 37 anys), amb una taxa de 61,8 casos per 100.000 habitants. Les 30 dones tenien entre 20 i 59 anys (mediana de 38,5 anys), amb una taxa de 3,5 casos per 100.000 habitants. La raó home/dona va ser de 17,5. Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat va ser el de 30 a 39 anys, amb el 39,9% i 46,7% dels casos, respectivament. El 60,4% dels homes i el 40,1% de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes el 80,4% havien mantingut relacions homosexuals (HSH) i entre les dones el 60,0% havien tingut relacions heterosexuals (HTS) (vegeu la figura 7). S'ha de ressaltar que el 41,1% (197) dels homes i el 16,7% (5) de les dones estaven coinfectats pel VIH en el moment del diagnòstic, factor associat a l'increment de la transmissió del VIH. L'estudi dels contactes sexuals es va realitzar solament en el 38,5% dels casos (38,4% dels homes i 45,5% de les dones). Aquesta dada ha empitjorat respecte a l'any passat, ja que al 2013 s'havia iniciat l'estudi de contactes sexuals en el 44,% dels casos.

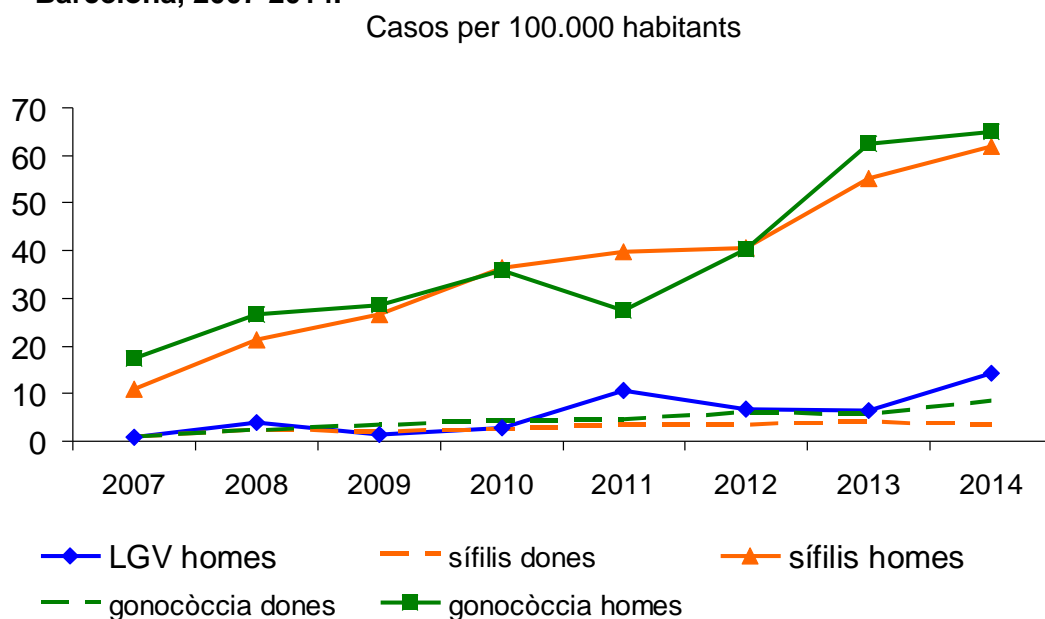
Gonocòccia

Es van detectar 684 casos de gonocòccia, el 82,7% dels quals (566) residien a Barcelona. Igual que en la sífilis, s'observa una tendència a l'augment des del 2007, amb una taxa de 35,1 el 2014 (64,9 casos per 100.000 habitants en els homes i 8,4 casos per 100.000 habitants en les dones), cosa que representa un increment del 6,2% respecte a l'any anterior (vegeu la figura 6). El 87,5% (495) eren homes, amb edats entre els 15 i els 74 anys (mediana de 33 anys), mentre que l'edat de les 71 dones oscil·lava entre els 16 i els 66 anys (mediana de 29 anys). El 57,7% dels homes i el 60,6% de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes el 60,8% eren HSH, mentre que el 78,9% de les dones eren HTS (vegeu la figura 7). La coinfecció pel VIH es va observar en 26,7% (132) dels homes i en 1 dona. L'estudi de contactes sexuals es va iniciar en el 44% dels casos (41,1% dels homes i 59,2% de les dones); com en el cas de la sífilis, aquest indicador és baix i ha empitjorat lleugerament respecte a l'any passat.

Limfogranuloma veneri

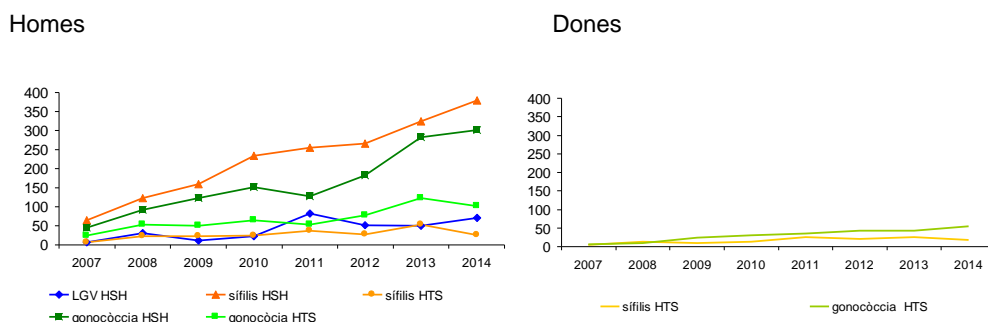
Es van detectar 124 casos de limfogranuloma veneri, el 87,1% dels quals (108) eren homes residents a Barcelona. S'observa un increment de la incidència d'aquesta malaltia, amb una taxa de 6,7 casos per 100.000 habitants, cosa que representa un increment del 116% respecte a l'any 2013 (vegeu la figura 6). Tots els casos eren homes, entre 20 i 67 anys (mediana 38 anys), el 50% dels quals s'inclouen en el grup de 30 a 39 anys. Dels 74 casos en què es té informació sobre les pràctiques sexuals, el 97,2% (72) eren HSH. I el 82,4% (61) estaven coinfectats pel VIH. El 43,5% dels casos eren nascuts a Espanya, el 24,1% eren nascuts a Europa occidental i el 19,4% a l'Amèrica Llatina. Aquest any només figura la realització de l'estudi de contactes en el 48,6% dels casos, fet que marca un gran retrocés si comparem aquesta data amb la de l'any 2012, en què aquest estudi es va dur a terme en el 81% dels casos.

Figura 6. Incidència de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe. Barcelona, 2007-2014.



Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: LGV: limfogranuloma veneri.

Figura 7. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe i conducta sexual. Barcelona, 2007-2014.



Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterosexuales. LGV: limfogranuloma veneri.

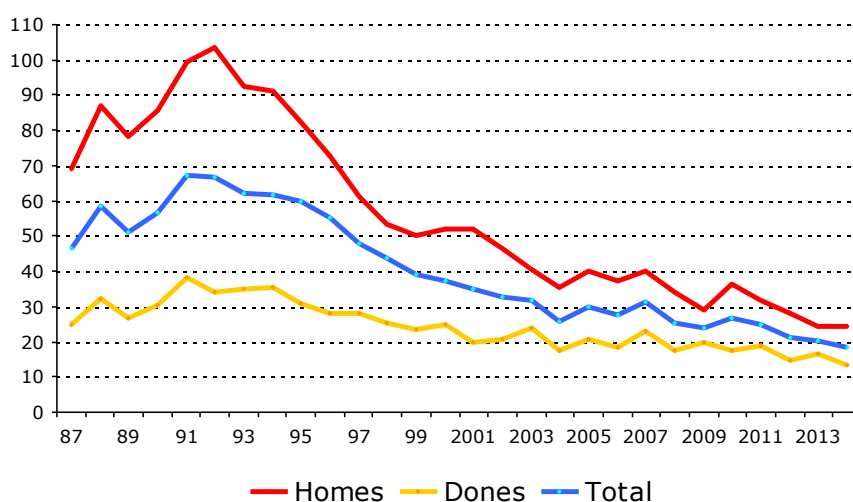
Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La tuberculosi

L'any 2014 s'han detectat a Barcelona 444 casos de tuberculosi, 300 dels quals eren residents a la ciutat, cosa que representa una incidència de 18,6 casos per 100.000 habitants, una xifra gairebé un 9% inferior a l'any anterior. La malaltia ha davallat en ambdós sexes, però sobretot en dones. El declivi mitjà anual des de l'any 2000 en homes ha estat del 3,7%, i en dones del 3,3%. La malaltia és més freqüent en els homes (187 casos) que en les dones (113 casos) (vegeu la figura 8).

Figura 8. Evolució de les taxes de tuberculosi per sexe. Barcelona, 1987-2014.

Casos per 100.00 habitants



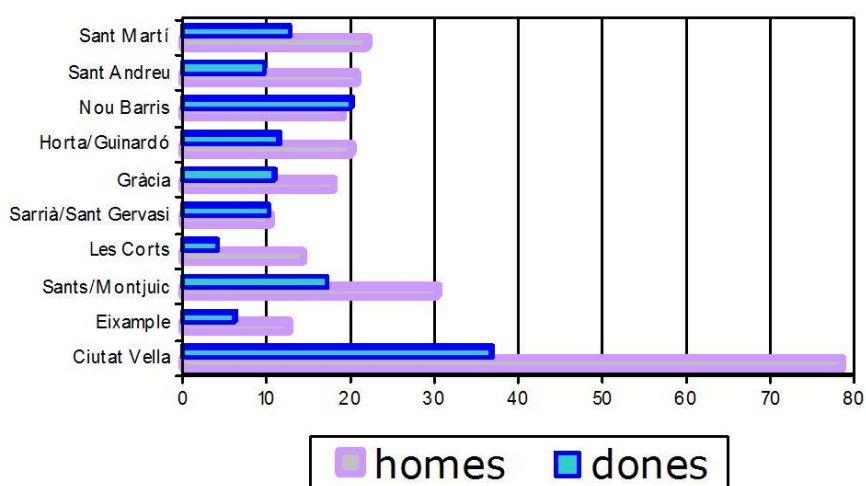
Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

De les 113 dones amb tuberculosi, 58 eren nascudes fora de l'Estat espanyol (51,3%), sobretot al Perú i Bolívia. Pel que fa als 187 homes, 93 eren immigrants (49,7%), d'entre les procedències destacava el Pakistan, amb 28 persones, i les Filipines. Els pacients immigrants amb tuberculosi procedien de 32 països diferents. La incidència

de la malaltia és més freqüent en persones immigrants que en autòctones, tant en homes com en dones.

La forma clínica més freqüent de la malaltia ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (64%) com en dones (62%). De les 300 persones, 61 han presentat la forma més contagiosa de la malaltia; la taxa de tuberculosi bacil·lífera ha estat de 3,8 casos per 100.000 habitants, gairebé un 6% inferior a la de l'any anterior. El districte de la ciutat amb la incidència més elevada de tuberculosi ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc, en homes, i de Nou Barris, en dones (vegeu la figura 9).

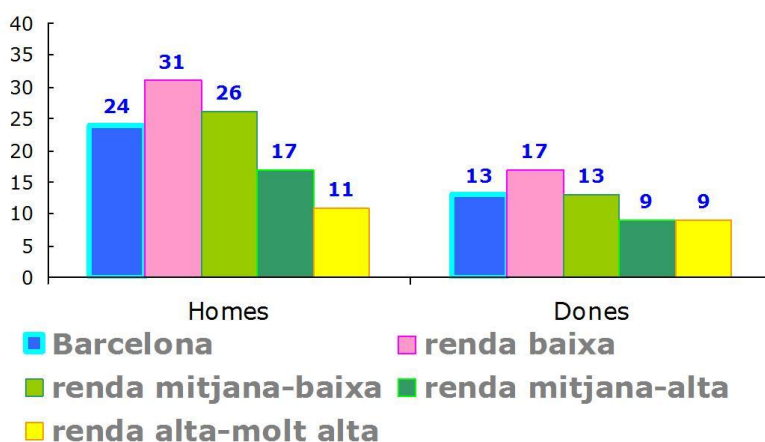
Figura 9. Incidència de la tuberculosi per districtes i per sexe. Barcelona, 2014.
Taxes per 100.000 habitants



Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Agrupant els barris de la ciutat per la renda familiar disponible, observem que la malaltia és més freqüent en els barris amb rendes baixes, i la freqüència va disminuint a mesura que augmenta la renda, tant en homes com en dones (vegeu la figura 10).

Figura 10. Incidència de la tuberculosi agrupant els barris segons la renda familiar disponible.* Barcelona, 2014.



* L'índex de renda familiar disponible és una macromagnitud que mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per destinar-los a consum o estalvi. Actualització 2013.

Els trastorns crònics

Els trastorns crònics inclouen malalties i factors de risc. Segons les dades de l'Enquesta contínua de Catalunya per Barcelona per al període 2011-2014 (vegeu el quadre 1), d'entre els trastorns més prevalents destaquen la tensió arterial alta (25,2% de la població) i el colesterol en sang elevat (21,2%). També són importants els trastorns crònics que limiten funcionalment, com ara el mal d'esquena lumbar (23,5%), cervical (18,0%) i l'artrosi (23,2%), en què la prevalença en les dones més que duplica la prevalença en els homes. La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn (18,2%) i la prevalença que té en les dones duplica la dels homes.

Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (9,5%), l'otitis de repetició (8,8%), l'enuresi (8,0%), les al·lèrgies cròniques (6,2%) i les deficiències visuals (5,0%), totes elles amb poques diferències per sexe (vegeu el quadre 2).

Quadre 1. Principals trastorns crònics en adults per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2014.

	Homes	Dones	Total
Tensió arterial alta	24,2	26,1	25,2
Mal d'esquena lumbar crònic	15,9	31,0	23,5
Artrosi, artritis o reumatisme	13,4	32,9	23,2
Colesterol elevat	19,9	22,4	21,2
Depressió i/o ansietat	12,2	24,0	18,2
Mal d'esquena cervical crònic	9,9	26,1	18,0
Mala circulació	12,0	23,8	18,0
Migranya o mal de cap freqüent	8,3	21,1	14,8
Al·lèrgies cròniques	13,5	15,4	14,5
Varius	6,7	22,0	14,4

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 2. Principals trastorns crònics en infants per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2014.

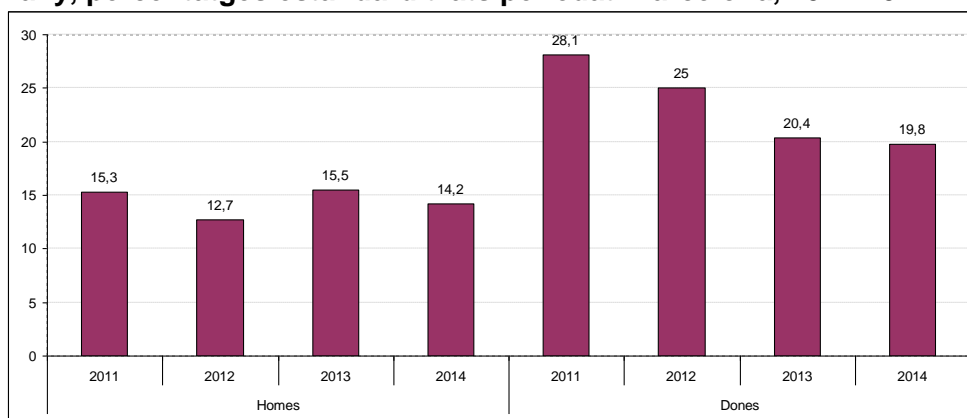
	Nois	Noies	Total
Bronquitis cròniques	10,8	8,2	9,5
Otitis de repetició	8,4	9,2	8,8
Enuresi	7,7	8,3	8,0
Al·lèrgies cròniques	5,8	6,6	6,2
Deficiència visual	4,5	5,5	5,0

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'estat de salut percebut

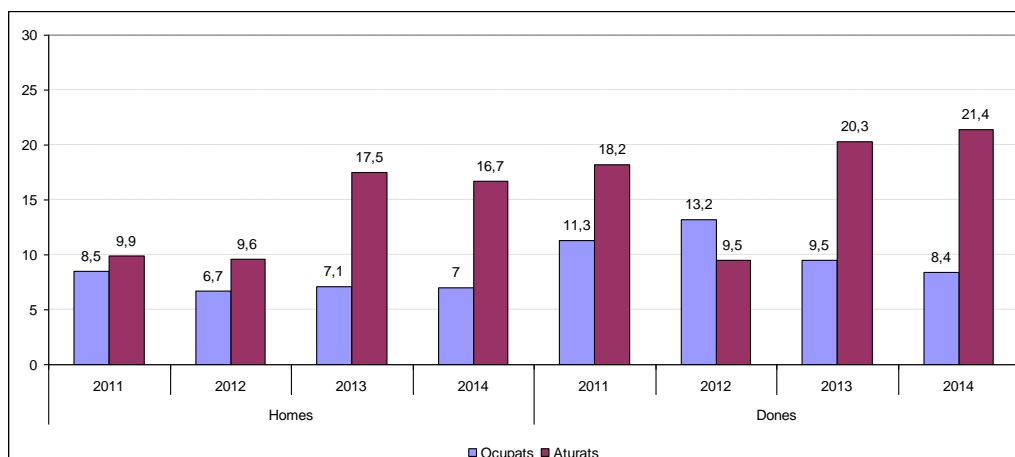
L'Enquesta contínua de salut de Catalunya feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de l'estat de salut declarat per les persones entrevistades. La salut autopercebuda es relaciona amb les dimensions física i mental de la salut. La pregunta sobre l'estat de salut autopercebuda contempla 5 possibles respostes: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta. La figura 11 mostra l'evolució del percentatge de persones amb salut regular o dolenta. Les dones presenten tots els anys un percentatge major de mala salut autopercebuda que els homes. En els homes es manté pels volts del 14,5%, mentre que en les dones s'observa una disminució, ja que es passa del 28,1% el 2011 al 19,8% el 2014, tot i que s'estabilitza els dos darrers anys. Tanmateix existeixen diferències segons la situació laboral (vegeu la figura 12). En els homes ocupats la mala salut autopercebuda es manté amb oscil·lacions pels volts del 7,3%, mentre que les prevalences en els homes aturats doblen les dels ocupats els dos darrers anys. En les dones ocupades la mala salut autopercebuda presenta una tendència a la baixa els tres darrers anys, tot i que amb valors superiors als dels homes en mitjana. Destaca també la major proporció de mala salut autopercebuda de les dones aturades respecte de les ocupades els dos darrers anys i també per sobre de la dels homes desocupats.

Figura 11. Estat de salut percebut regular o dolent en majors de 15 anys per sexe i any, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Evolució de l'estat de salut autopercebut regular o dolent per situació laboral i per sexe, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.

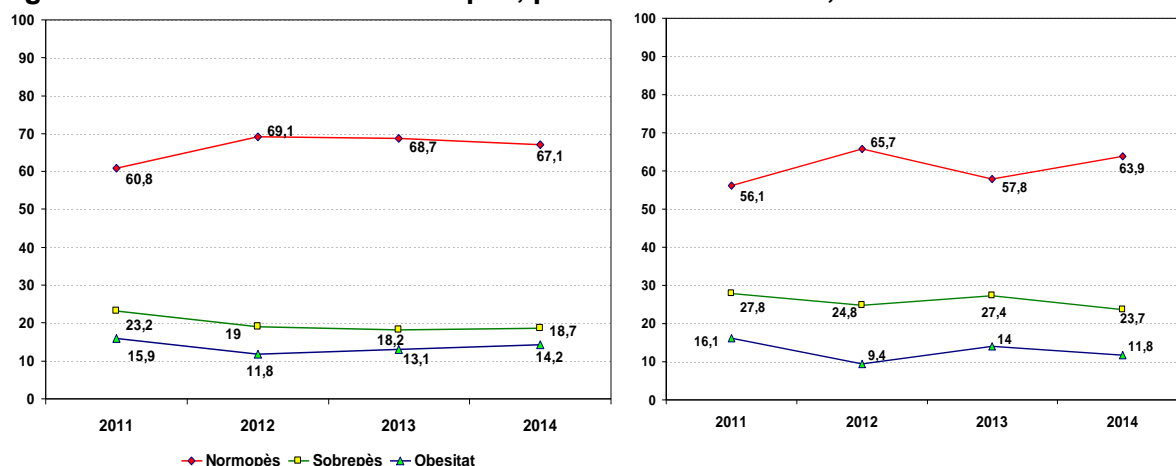


Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes és un indicador important de l'estat de salut de la població general per la seva vinculació amb els principals factors de risc i les patologies generadores de mortalitat en el nostre entorn. A la figura 13 es mostra l'evolució de l'excés de pes en població adulta de Barcelona, amb dades extretes de l'Enquesta de Salut de Catalunya anual en el període que va del 2011 al 2014. Es pot observar que en els homes hi ha una tendència a l'augment del normopès, en detriment del sobrepès, que ha tingut una disminució del 4,5% en el període esmentat. La disminució de l'obesitat és menor, d'1,5 punts percentuals. En el cas de les dones també hi ha un augment del normopès en el període, si bé les dades presenten majors fluctuacions que en els homes. Hi ha una disminució del 4,1% en el sobrepès i del 5,7% en l'obesitat. El sobrepès és més alt en les dones que en els homes, si bé les diferències només són estadísticament significatives en les dades per al 2013 ($p=0,008$). Globalment, el 19,8% dels homes i el 25,9% de les dones presentaven sobrepès en aquest període, mentre que en el cas de l'obesitat, els valors són lleugerament superiors en els homes (13,8%) que en les dones (12,8%).

Figura 13. Evolució de l'excés de pes, per sexes. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

D'altra banda, amb dades de la mateixa enquesta, l'excés de pes en infants i joves d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys era superior entre els nois, amb un 25,2%, que entre les noies, amb un 17,6%, sense que les diferències siguin estadísticament significatives.

La salut sexual i reproductiva

Fecunditat, avortaments i embaràs en l'edat fèrtil

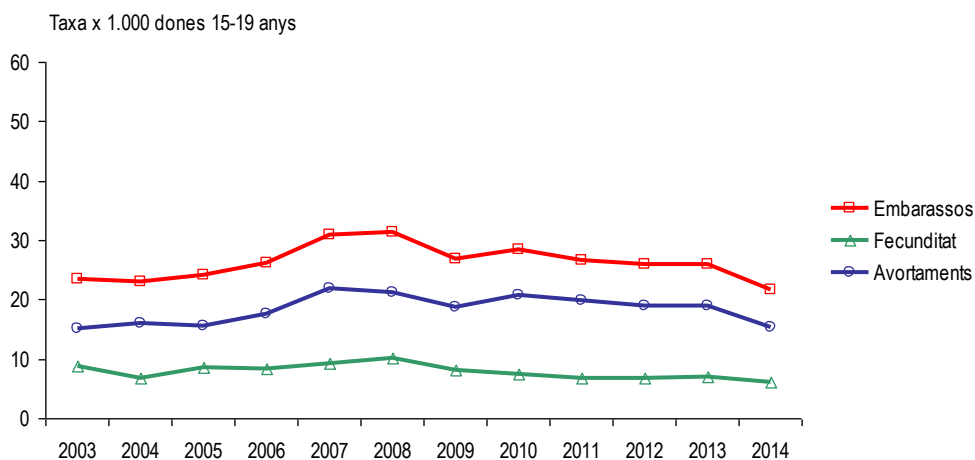
L'any 2014 s'han produït 19.642 embarassos en dones en edat fèrtil (51,4 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys) 13.984 dels quals han conclòs amb naixements (36,6 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil) i 5.658 han conclòs amb avortaments (14,8 per 1.000 dones en edat fèrtil). Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat s'ha mantingut estable, fins a aquest any, en què se n'ha observat un lleuger descens. En canvi, els avortaments havien crescut fins a l'any 2008 i s'havien mantingut estables des d'aleshores fins a aquest any, en què han disminuït. Caldrà veure com evolucionen els indicadors els pròxims anys.

Pel que fa a la planificació de l'embaràs, el 29% dels embarassos en les dones en edat fèrtil acaben en avortament, percentatge inferior al de 2013 (32%). La fecunditat i els avortaments disminueixen sobretot a causa de la disminució que s'ha produït entre les dones provinents de països de rendes baixes, entre les quals la fecunditat ha passat de 44,5 per 1.000 dones l'any 2010 a 40,2 l'any 2014 i els avortaments de 32,9 per 1.000 dones l'any 2010 a 22,1 el 2014 (vegeu la taula 10, pàgina 105).

Fecunditat, avortaments i embaràs en l'adolescència

En les dones adolescents, tant els avortaments com la fecunditat han disminuït l'any 2014 i s'han situat en taxes inferiors a les dels anys 2003 i 2004. La taxa d'avortaments ha estat de 15,4 per 1.000 dones de 15 a 19 anys i la de fecunditat de 6,1 per 1.000 dones de 15 a 19 anys. La disminució dels avortaments no ha anat seguida d'un augment de la fecunditat; és a dir, les dones adolescents han reduït els embarassos no planificats (vegeu la figura 14).

Figura 14. Evolució de la fecunditat, les interrupcions voluntàries dels embarassos i els embarassos en dones d'entre 15 i 19 anys. Barcelona, 2003-2014.

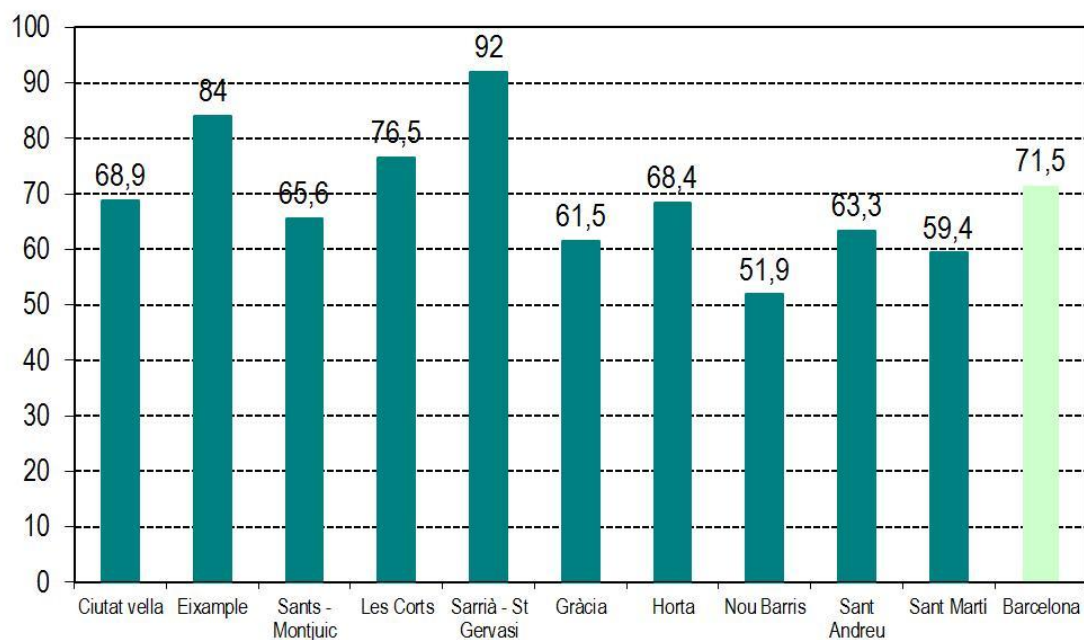


Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

En les adolescents de la ciutat, el 71,5% dels embarassos han estat no planificats i acaben en un avortament. Per districtes, hi ha una forta variabilitat: al districte de Sarrià – Sant Gervasi, el 92% dels embarassos en dones adolescents ha acabat en un avortament, mentre que al districte de Nou Barris hi han acabat el 52% dels embarassos adolescents no planificats (vegeu la figura 15).

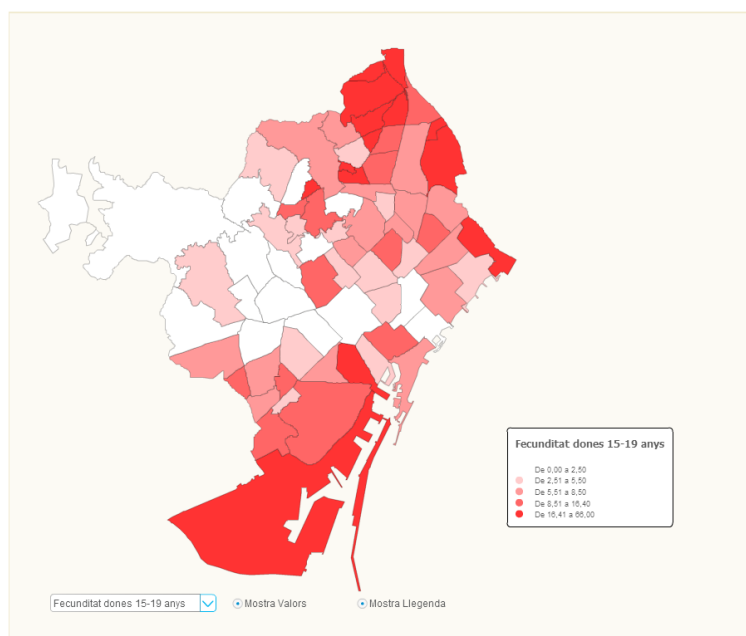
Una altra conseqüència de la manca de planificació de l'embaràs són els naixements amb mares adolescents. Bona part d'aquests naixements serien d'embarassos no planificats. La distribució de la fecunditat en dones adolescents no és homogènia a la ciutat, i mostra un patró lligat a la pobresa dels barris. Els barris de Vallbona, Torre Baró, Trinitat Nova, Ciutat Meridiana i les Roquetes del districte de Nou Barris, els barris de Baró de Viver a Sant Andreu, el barri de la Marina del Prat Vermell al districte de Sants-Montjuïc i el barri del Besòs i el Maresme al districte de Sant Martí són els que presenten una major freqüència de naixements en dones adolescents (vegeu la figura 16).

Figura 15. Distribució de les interrupcions voluntàries de l'embaràs sobre el total d'embarassos en dones d'entre 15 i 19 anys, per districtes. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 16. Distribució de la fecunditat en dones d'entre 15 i 19 anys per barris. Barcelona, 2010-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'ús ineficaç de mètodes anticonceptius durant el coit fa augmentar el risc d'un embaràs no desitjat i no planificat. Segons la UNICEF, la prevenció dels embarassos

no desitjats permet a les adolescents finalitzar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal.

A la darrera enquesta FRESC del 2012 (vegeu-ne els resultats a: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_FRESC_2012.pdf) es va observar un descens en l'ús del preservatiu en l'adolescència. Recentment hem pogut descriure com aquest descens és major en els nois i noies de les classes socials més desafavorides de la ciutat de Barcelona.

Distribució territorial dels resultats adversos de l'embaràs

El baix pes en néixer és un bon indicador de l'estat de salut de la població general i està fortament associat amb la mortalitat fetal i neonatal.

La prevalença de baix pes en néixer en els naixements en dones en edat fèrtil de Barcelona és de pels volts de 7 per 100 nadons nascuts vius, xifra estable al llarg del temps. En canvi, existeixen desigualtats territorials en el baix pes en néixer, de manera que els barris de Vallbona i Torre Baró del districte de Nou Barris, els barris del Baró de Viver i del Bon Pastor del districte de Sant Andreu i el barri de la Marina del Prat Vermell dels districte de Sants-Montjuïc tenen una prevalença de baix pes en néixer de 10 o més per 100 nadons nascuts vius de dones en edat fèrtil.

La salut mental i les addiccions

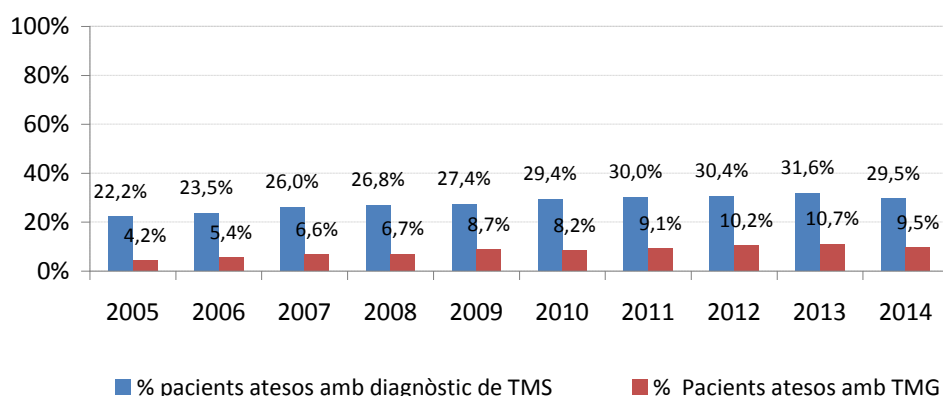
La salut mental

L'atenció a la salut mental dels serveis sanitaris

L'any 2014 s'han atès 42.704 persones als centres de salut mental d'adults (CSMA) i 10.517 als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ). Dins el marc del programa de suport de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut, el 2014 s'han desplegat per a l'abordatge de la població adulta mensualment: 1.250 hores de psiquiatria, 498 hores de psicologia i 329 hores de professionals d'infermeria de salut mental. Per a l'abordatge de la població infantil i juvenil amb problemes de salut mental en l'atenció primària de salut, s'han desplegat a Barcelona mensualment: 180 hores de psiquiatria i 366 hores de psicologia.

L'activitat realitzada en el marc del suport de salut mental a l'atenció primària ha augmentat en termes generals tant en la població adulta com infantil i juvenil. A Barcelona la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària s'ha anat consolidant progressivament.

Figura 17. Percentatge de persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu (TMG) i trastorn mental sever (TMS). Barcelona, 2005-2014.

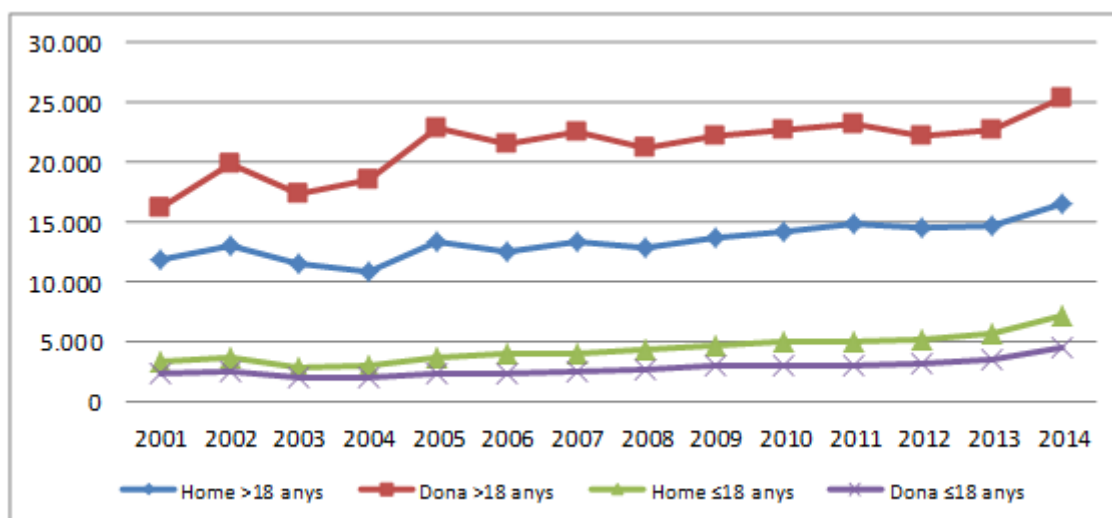


Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). CatSalut.

A la figura 17 s'observa l'evolució de l'atenció a persones amb trastorns mentals greus. Del 22,2% de persones adultes amb trastorns severos atesos el 2005 s'ha arribat al 29,5% el 2014. En total, el 2014, han estat ateses als CSMA 42.704 persones amb problemes de salut mental, 12.619 de les quals tenien patologies mentals severes. Entre les patologies severes destaca el trastorn esquizofrènic, amb el 12,7% (5.454 persones ateses) i la depressió major, amb el 6,6% (2.841 persones ateses). També destaca com a patologia emergent el trastorn alimentari, amb 295 persones ateses als CSMA (0,7%), el 92,2% de les quals són dones (272) i el 7,8% homes (23).

En la població infantil i juvenil, del 4,2% d'infants i joves amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 9,5% el 2014. En total, el 2014, han estat ateses als CSMIJ 10.517 persones amb problemes de salut mental, 997 de les quals han estat diagnosticades de patologies mentals greus. Entre els problemes de salut mental en població infantil, destaca el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, amb el 16,1% (1.691 persones ateses), altres psicosis de la infància, amb el 3,6% (380 persones ateses), el trastorn mixt del desenvolupament, amb el 2,7% (282 persones ateses), els trastorns alimentaris, amb el 1,7% (181 persones ateses), i els trastorns autístics, amb l'1,1% (119 persones ateses).

Figura 18. Població atesa als centres de salut mental per grup d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2014.



Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). CatSalut.

A la figura 18 es visualitza l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental del període 2001 al 2014, amb un 112,0% d'augment de població infantil i juvenil i un 49,6% d'augment en la població adulta. De les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 61,5% eren de sexe masculí i el 38,5% eren de sexe femení. En comparació, de les persones ateses als centres de salut mental d'adults, el 60,6% eren dones i el 39,4% eren homes.

La mitjana de visites anuals als CSMIJ ha estat de 8,7 visites per pacient/any, una xifra lleugerament superior a la de la resta de la regió sanitària de Barcelona (7,3 visites pacient/any). Així mateix, la mitjana de visites anuals als CSMA ha estat de 8,1 visites per pacient/any, lleugerament superior a la resta de la regió sanitària de Barcelona (7,7 visites pacient/any).

S'han generat 5.188 altes a les unitats d'hospitalització de salut mental, 4.488 de les quals han estat altes d'aguts i 700 altes de subaguts, davant de les 4.469 altes globals generades el 2013. En conjunt, els recursos implicats són 14 centres mentals d'adults, 9 centres mentals infantils i juvenils, 7 hospitals / serveis d'urgències en salut mental, 4 hospitals de dia i 1 una unitat mòbil amb equip multidisciplinari de suport especialitzat en salut mental.

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 prioritza la prevenció del suïcidi, fent èmfasi en la millora de les patologies cròniques que en són un factor de risc, com ara la depressió. Dins aquest marc s'ha elaborat el codi risc de suïcidi (CRS), que s'ha posat en marxa el juny del 2014. Resumidament, el CRS comprèn un conjunt d'actuacions assistencials protocol·litzades adreçades a millorar l'atenció urgent i la prevenció secundària en aquelles persones amb un risc de suïcidi elevat. Inclou una estratègia per reforçar la coordinació de serveis i un seguiment post alta hospitalària de major o menor intensitat durant 12 mesos, en funció de l'evolució del risc de suïcidi.

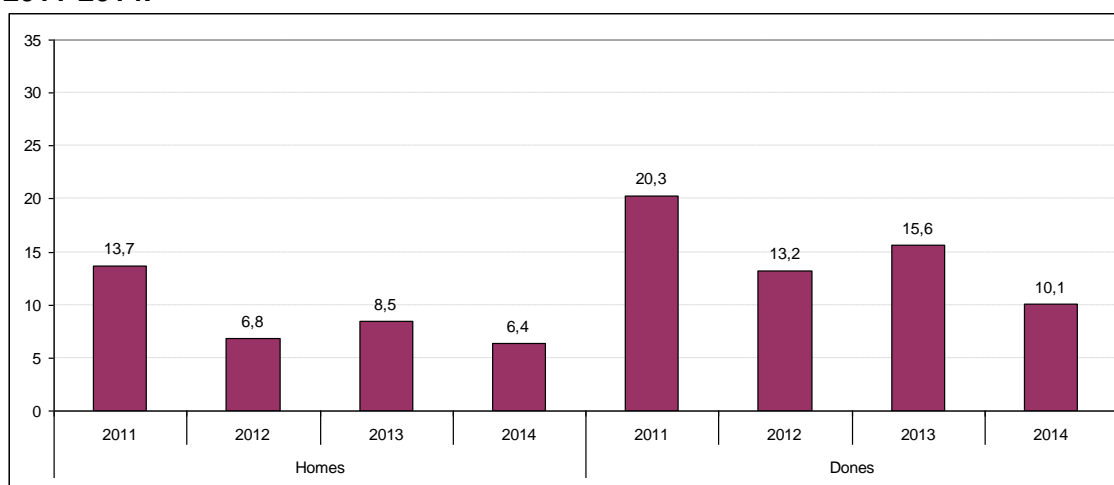
El desplegament progressiu de les rutes assistencials, la millora de l'abordatge integral de les patologies severes en salut mental a la xarxa especialitzada, l'augment del suport a l'atenció primària per a l'abordatge de la patologia mental lleu i moderada, la implantació de la història clínica compartida, la recepta electrònica, el codi risc de suïcidi, la millora en l'abordatge de patologies emergents com ara la psicosis incipient,

el trastorn d'espectre autista, els trastorns de la conducta alimentària i el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, estan permetent fonamentar l'atenció amb un maneig compartit entre tots els serveis de salut del territori.

La salut mental poblacional a l'Enquesta de salut

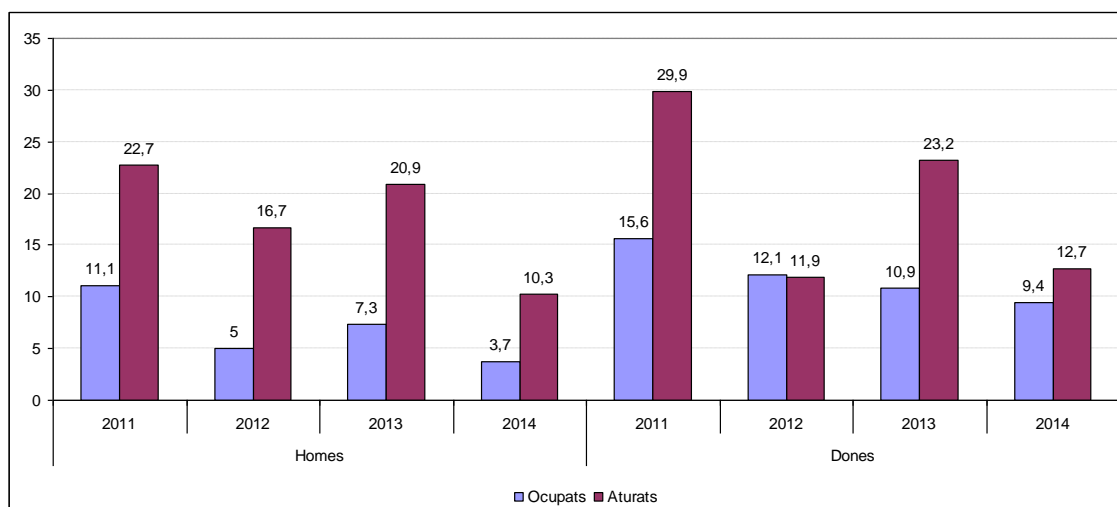
Les dades de l'Enquesta contínua de Catalunya feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de la seva salut mental. Es fa servir un instrument de cribatge poblacional sobre la base de 12 preguntes que detecta la presència de potencials problemes d'ansietat i depressió o altres de similars, que requeririen un diagnòstic mèdic posterior per a la seva confirmació. La figura 19 mostra com, un any rere l'altre, les dones presenten una major prevalença de mala salut mental que els homes. Si ens fixem en l'evolució d'aquesta dada, s'observa un perfil similar en ambdós sexes, una prevalença més alta el 2011 i una forma acampanada per als anys següents. Si desglossem la mala salut mental per situació laboral s'observen diferències entre persones ocupades i aturades, especialment en els homes: en els darrers tres anys la prevalença de mala salut mental en les persones aturades triplica la de les persones ocupades (vegeu la figura 20). En les dones aquests diferències no segueixen un patró tan clar i són més pronunciades el 2011 i el 2013.

Figura 19. Evolució de la mala salut mental per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona.
Servei de Sistemes d'Informació Sanitària.
Nota: dades estandarditzades per edat.

Figura 20. Evolució de la mala salut mental per situació laboral i sexe, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2014, els centres d'atenció primària han notificat 317 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (69,7%). L'edat mitjana ha estat de 42,5 anys, sense diferències entre sexes. Els professionals de suport i el personal de serveis i comerç són les dues ocupacions més freqüents en ambdós sexes (23,2% dels homes i 26,9% de les dones en el primer cas i 22,1% dels homes i 25,1% de les dones en el segon). Pel que fa a l'activitat de l'empresa, la més freqüent en els homes eren els restaurants i establiments de menjar (7,3%) i en les dones, les activitats de neteja (8,1%). El 17,7% de les persones que han tingut aquests problemes de salut havien nascut fora de l'Estat espanyol, sobretot en països sud-americans (9,6%). La situació laboral més freqüent ha estat la contractació indefinida amb el 86,7%; el 21,2% treballava en empreses de fora de la ciutat. El 81,8% dels casos notificats estava de baixa en el moment de la notificació, mentre que només el 38,1% havia estat visitat per la mútua d'accidents de treball i malalties professionals.

El factor de risc més freqüentment implicat ha estat la manca de suport dels superiors (40,1% dels casos estudiats), seguit de la manca d'autonomia (28,4%) i les altes exigències psicològiques com ara l'elevat volum de feina i la pressió de temps (16,7%).

En relació amb l'any anterior pràcticament no hi ha hagut canvis ni en el nombre ni en la incidència dels casos. S'ha notificat un cas més en homes (en van ser 95 el 2013 i enguany han estat 96) i quatre més en dones (217 el 2013 i 221 el 2014). Quant a la incidència^k ha augmentat lleugerament en els homes (ha passat de 25,8 per 100.000

^k El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns de salut mental notificats en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa. Els nombres absoluts es refereixen a tots els casos notificats.

ocupats el 2013 a 27,4 el 2014) i ha disminuït lleugerament en les dones (de 59,2 per 100.000 ocupades el 2013 a 61,0 el 2014).

Les addiccions

A la xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona s'ha registrat un total de 4.252 inicis de tractaments l'any 2014 (CAS Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Càrites i Lluís Companys). La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, la principal substància per la qual s'ha demanat tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona és l'alcohol (45%) seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiacis (17%) i el cànnabis (10%).

Els centres d'atenció i seguiment de gestió municipal (CAS Garbivent, Sarrià, Sants, Nou Barris, Horta-Guinardó, Vall d'Hebron i Baluard) inicien un 59% dels inicis de tractament de tota la ciutat. La tipologia de substàncies per les quals s'ha demanat tractament és molt semblant a la resta de xarxa pública de la ciutat, sent-ne l'alcohol (42%), la cocaïna (20%), l'heroïna i altres opiacis (16%) i el cànnabis (13%) les principals. El nombre de visites successives –és a dir, la seqüència de visites amb el metge o metgessa, visites amb el treballador o treballadora social, visites amb el psicòleg o psicòloga, visites amb personal d'infermeria, visites grupals i/o atencions familiars i/o en crisi– que han fet les persones usuàries dels centres d'atenció i seguiment municipals de Barcelona ha estat de 84.829. En general, cada pacient visitat al centre ha generat una mitjana de 14 visites de seguiment. Les substàncies que més visites per persona atesa han generat són l'heroïna i altres opiacis i la cocaïna (amb una mitjana de 16 visites per persona atesa) (vegeu el quadre 3).

Malgrat que els darrers anys el nombre de sobredosis mortals per reacció aguda adversa a drogues ha anat disminuint a la ciutat de Barcelona (84 l'any 2009, 70 l'any 2010, 60 l'any 2011, 64 l'any 2012 i 55 l'any 2013), la taxa de letalitat per sobredosi continua sent no menyspreable (pels volts del 5% del total de sobredosis no mortals es acaben en la mort del consumidor d'heroïna a Barcelona). Per aquesta raó, i atès que les sobredosis són evitables, des de l'ASPB conjuntament amb la Subdirecció de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya s'han engegat uns tallers de prevenció de sobredosis per augmentar el coneixement sobre com prevenir una sobredosi entre els consumidors de drogues. Aquests tallers han demostrat que augmenten el coneixement sobre com prevenir una sobredosi entre els usuaris de drogues de la ciutat de Barcelona. Finalment, un altre focus important d'atenció són les morts prematures de persones addictes a l'alcohol. Tal com s'ha vist, de totes les substàncies per les quals es demana un inici de tractament a Barcelona, l'alcohol és la més important i s'ha vist que els pacients que demanen iniciar un tractament per consum d'alcohol tenen una probabilitat elevada de morir durant els primers anys de tractament. De les persones que acaben morint després d'un inici de tractament a la ciutat de Barcelona, aproximadament el 35% dels menors de 35 anys i el 60% de les dones ho fan durant el primer any d'inici de tractament.

Quadre 3. Persones amb inici de tractament als centres d'atenció i seguiment (CAS) de Barcelona i en tractament, primeres visites i visites successives¹ als CAS de titularitat municipal² segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2014.

	Inicis de tractament CAS Barcelona ³		Persones en tractament		Inicis de tractament		Visites successives	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres								
opiàcis	564	149	1325	352	311	90	20683	5871
Cocaïna	567	160	863	231	389	104	12609	4319
Cànnabis	314	115	411	118	238	73	3572	1009
Alcohol	1418	514	1713	712	754	297	22127	11487
Tabac	134	103	129	118	91	89	809	727
Altres	124	90	86	52	37	16	1112	504
Total	3121	1131	4527	1583	1820	669	60912	23917

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Les visites successives compten les visites de metge, psicòleg, infermera, treballador social, visites familiars, atenció en crisi, educació sanitària, realització d'estudis i sessions de grup. (No es tenen en compte les primeres visites generals, la dispensació de metadona ni les analítiques de sang i/o orina.) ²Centres d'atenció i seguiment: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Baluard i Vall d'Hebron. ³CAS de Barcelona: Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Càritas, Lluís Companys. ⁴Altres: no reportat, amfetamines, drogues de disseny i benzodiazepines.

La salut laboral

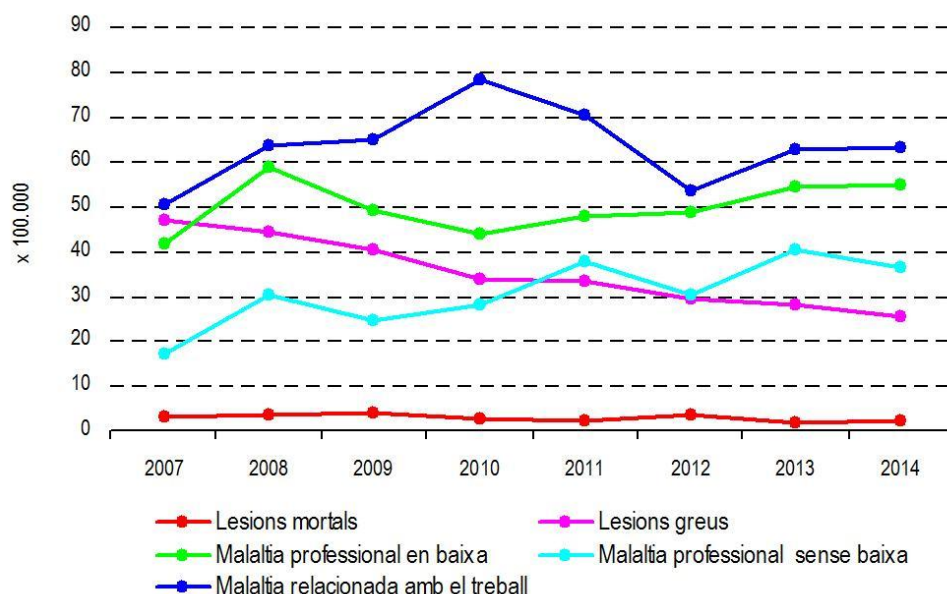
Lesions per accident de treball

L'any 2014 s'han produït 29.355 lesions per accident de treball amb baixa, un 4,9% més que l'any anterior. La incidència també va ser superior a la de 2013 (3.405,9 lesions i 3.514,8 lesions per 100.000 persones afiliades els anys 2013 i 2014, respectivament). Aquest augment, que és degut a l'increment de lesions lleus (han passat de 27.746 el 2013 a 29.127 el 2014, amb unes taxes respectives de 3.375,8 i 3.487,50 per 100.000 persones afiliades), i la disminució del nombre i la incidència de les lesions per accident de treball greus, fa que continuï la tendència dels darrers anys. Quant a les lesions per accident de treball mortals, s'han mantingut estables (una més que el 2013). A la figura 21 s'observa l'evolució de la incidència de les lesions més greus (greus i mortals) des del 2007.

Les lesions *in itinere* han estat les lesions per accident de treball greus més freqüents en ambdós sexes (43,3% i 59,3% de les lesions per accident de treball greus masculines i femenines, respectivament). També ho han estat les lesions per accident de treball mortals entre les dones (75,0%), mentre que entre els homes aquests tipus de lesions han estat tan freqüents com les no traumàtiques en jornada (30,8% en ambdós casos). Pel que fa al tipus d'ocupació, les lesions per accident de treball *in itinere* també han estat les més freqüents de les lesions greus i mortals en les ocupacions no manuals (63,5% i 60,0%, respectivament); en canvi, en les ocupacions manuals, les lesions greus més freqüents han estat les traumàtiques en jornada (51,2%) i les lesions mortals més freqüents, també les traumàtiques en jornada

juntament amb les lesions *in itinere* (33,3% en cada cas). Respecte al 2013 destaquen les lesions per accident de treball greus de trànsit en jornada, atès que tot i el baix nombre de casos, ha estat l'únic grup de lesions greus que ha augmentat (han passat de 9 a 14 (3,9% a 6,6%)). A la taula 12 (vegeu la taula 12, pàgina 110) s'observa l'evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons el tipus de lesió i sexe des del 2005.

Figura 21. Evolució de la incidència de les lesions per accident de treball greus i mortals, malalties professionals amb baixa i sense baixa i malalties relacionades amb el treball. Barcelona, 2007-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya i del registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: unitats en 100.000 persones ocupades donades d'alta al règim general de la Seguretat Social en el cas de malalties professionals i lesions mortals i greus; i 100.000 persones ocupades en el cas de les malalties relacionades amb el treball.

Malalties professionals

L'any 2014 s'han declarat 765 malalties professionals, el 60,0% de les quals van ser amb baixa. La incidència va ser de 91,6 malalties professionals per 100.000 persones afiliades (55,0 i 36,6 per 100.000 amb baixa i sense baixa, respectivament). En relació amb el 2013 ha disminuït el nombre i la incidència de les malalties professionals (l'any anterior van ser-ne 780, amb una incidència de 94,9 malalties professionals per 100.000 persones afiliades); les que han cursat sense baixa han disminuït (han passat de 333 a 306, i de 40,5 casos a 36,6 per 100.000 persones afiliades), mentre que les que han requerit una baixa han augmentat lleugerament (de 447 a 459, i de 54,4 casos a 55,0 per 100.000 persones afiliades). Tal com s'observa al quadre 4, les malalties professionals han estat més freqüents en dones i en persones amb ocupacions manuals, tant les que van cursar amb baixa com les que ho van fer sense. Respecte al 2013 han augmentat les malalties professionals amb baixa entre les dones i en les ocupacions no manuals (han passat de 247 a 258 en les dones i de 71 a 91 en les ocupacions no manuals, mentre que en homes i en ocupacions manuals els increments han estat d'1 i 3, respectivament).

Quadre 4. Malalties professionals segons cursin amb baixa o no per classe social ocupacional i sexe. Barcelona, 2014.

Social ocupacional i sexe: Barcelona, 2014.												
	Sexe				Classe social ocupacional						Total	
	Homes		Dones		No manual		Manual		Perduts			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amb baixa (%)	201	59,5	258	60,4	91	58,3	356	63,8	12	23,5	459	60,0
Sense baixa (%)	137	40,5	169	39,6	65	41,7	202	36,2	39	76,5	306	40,0
Total (N)	338	100,0	427	100,0	156	100,0	558	100,0	51	100,0	765	100,0

Font: elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya – Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema CEPROSS.

La patologia més freqüent ha estat la musculoesquelètica, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses, que ha constituït el 65,7% i el 53,1% de les malalties professionals amb baixa en homes i en dones, respectivament, i el 53,3% i el 43,2% de les malalties professionals sense baixa d'un i altre sexe, respectivament. Cal esmentar que el 2014 s'han declarat tres malalties per agents carcinògens, de les quals dues van cursar sense baixa. Vegeu l'evolució de les malalties professionals amb baixa dels darrers deu anys segons el diagnòstic i el sexe (vegeu taula 11, pàgina 110).

Malalties relacionades amb el treball

L'any 2014 els centres d'atenció primària van notificar 465 malalties relacionades amb el treball (MRT) a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Respecte al 2013 hi va haver poques variacions: un discret augment de 6 casos en el total, amb una lleugera disminució en els homes i un lleuger augment en les dones (vegeu taula 12, pàgina 110).

La incidència ha seguit el mateix patró: en els homes ha passat de 44,1 casos per 100.000 ocupats el 2013 a 43,4 casos per 100.000 ocupats el 2014; i en les dones, de 82,7 casos per 100.000 ocupades el 2013 a 83,2 casos per 100.000 ocupades el 2014.¹

Com en anys anteriors, s'han notificat més casos en dones (66,0%), i els trastorns ansiosos i depressius han estat els més freqüents (60,1% dels casos masculins i 72,0% dels femenins), seguits dels musculoesquelètics (24,7% en homes i 17,3% en dones). La distribució segons el diagnòstic ha estat molt similar a la de l'any anterior, tot i que cal assenyalar la disminució dels trastorns musculoesquelètics entre els homes (del 29,0% al 24,7%) i el lleuger ascens d'aquests trastorns entre les dones (del 15,5% al 17,3%). A la taula 12 (vegeu taula 12, pàgina 110) s'observa l'evolució de les malalties relacionades amb el treball en el darrer decenni segons el diagnòstic i el sexe.

¹ El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de MRT notificades en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa. Atès que el 2014 ha canviat la base poblacional, les incidències del 2013 s'han calculat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2014 s'han produït a Barcelona 8.766 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 11.380 persones lesionades (6.970 homes i 4.410 dones) i 31 mortes (24 homes i 7 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 36 anys tant en els homes com en les dones, mentre que en les defuncions ha estat de 44 anys en els homes i de 41 anys en les dones.

Globalment, l'any 2014, respecte del 2013, no s'observen canvis importants en el nombre de persones lesionades; en canvi el nombre de persones mortes augmenta un 40,9%; 33,3% homes (de 18 el 2013 a 24 el 2014) i 75,0% dones (de 4 dones el 2013 i 7 el 2014).

El 54% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; el 9,5%, de ciclomotor; el 22% de turisme; el 4,9% de bicicleta; l'1,4% d'autobús; el 0,7% d'altres tipus de vehicles, i el 7,5% de vianants. El 29,2% de les dones lesionades eren usuàries de turisme; el 33,7%, de motocicleta; el 12,2%, de ciclomotor; el 6,6%, d'autobús; el 3,4%, de bicicleta; el 0,4%, d'altres vehicles, i el 14,6%, vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 41,7% eren usuaris de motocicleta; el 8,3% usuaris de ciclomotor, i el 33,3% vianants. De les set dones mortes, 2 eren vianants i 5 usuàries de motocicleta (3 conductores i 2 passatgeres) (vegeu la taula 14, pàgina 112).

Segons el mitjà de transport, s'observa una disminució del 9,9% del nombre de víctimes ocupants de turisme (del 12,3% en homes i del 6,7% en dones), del 9,2% (18,3% homes i 5,6% dones) de víctimes passatgers d'autobús lesionats, i un 20,6% d'ocupants de camions lesionats (28 conductors i 4 passatgers homes, cap dona). D'altra banda, augmenta un 5,3% el nombre de víctimes usuàries de motocicleta (4,1% en homes i 8,5% en dones), i d'usuàries de ciclomotor (9,4% i 1,5% respectivament). També augmenta el nombre de dones ciclistes lesionades (13,8%). El nombre de vianants atropellats globalment augmenta el 2,6%, però en homes disminueix el 2,8%, mentre que en dones augmenta el 7,5%.

La figura 22 mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2004 al 2014. Des de l'any 2012 s'observa un augment anual en el nombre d'homes i de dones lesionats i, des del 2013 en el nombre de persones mortes.

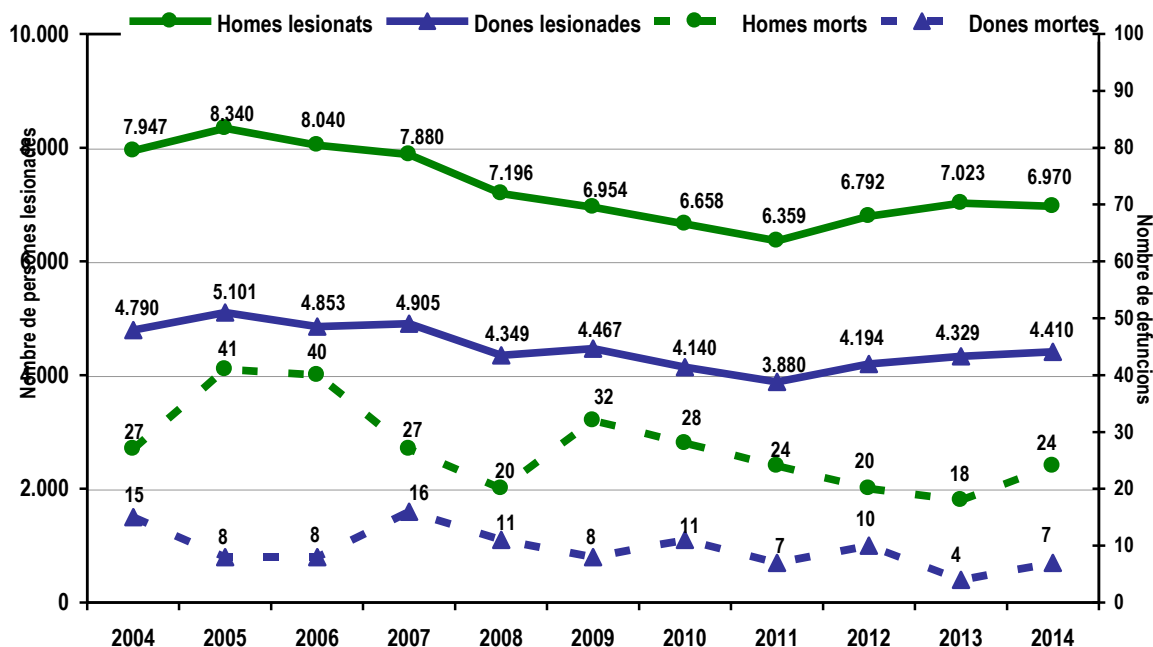
Benefici econòmic i en salut de polítiques de transport

En els últims anys, s'han adoptat mesures per reduir l'ús del vehicle privat i per promoure el transport públic i el transport actiu (caminar o anar en bicicleta). Segons l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF), el nombre de persones de 20 a 74 anys que fan desplaçaments a peu de més de 5 minuts a Barcelona ha augmentat un 26,7% del 2009 al 2013. D'altra banda, durant el mateix període, el nombre de persones de 20 a 64 anys que fan desplaçaments en bicicleta ha augmentat un 72,5%. Això implica que l'any 2013 hi ha 83.493 persones més que han fet desplaçaments a peu, i 19.864 en bicicleta que l'any 2009. Fent servir l'eina Health and Economic Assessment Tool,^m s'ha estimat que aquest augment en el nombre de persones que fan desplaçaments caminant o en bicicleta comporta que anualment s'evitin 94,4

^m La Health and Economic Assessment Tool (HEAT) és una eina desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut per estimar els beneficis en salut i econòmics com a resultat de polítiques que promoguin els desplaçaments en bicicleta i a peu (<http://www.heatwalkingcycling.org/>).

morts. Tenint en compte el valor estadístic d'una vida i una taxa de descompte del 5%, això implicaria un estalvi mitjà anual d'entre 136 i 151 milions d'euros.

Figura 22. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2004- 2014.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona.

Les desigualtats en salut als barris

Les desigualtats socials en salut són aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits socialment, econòmicament, demogràficament o geogràficament. Tenen un impacte molt important en la salut de la població, i els col·lectius socialment menys afavorits són els que presenten pitjor salut.¹

Una de les estratègies per reduir les desigualtats en salut consisteix a focalitzar les polítiques en els grups més desfavorits. L'Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool), un instrument per a l'avaluació de l'equitat en salut i per a la resposta en àrees urbanes, ha estat desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i altres actors, i permet identificar i analitzar desigualtats en salut entre persones que viuen en diferents àrees de la ciutat o que pertanyen a diversos grups socioeconòmics per tal de facilitar la presa de decisions d'estratègies efectives per reduir aquestes desigualtats.² Aquest instrument permet obtenir una matriu d'indicadors que resumeixen en un format visual molt senzill i intuïtiu les desigualtats entre àrees.

S'ha aplicat aquest instrument (vegeu la figura 23) per identificar les desigualtats en salut i els seus determinants entre els diversos barris de la ciutat, amb l'objectiu de facilitar la presa de decisions sobre la posada en marxa de polítiques orientades a disminuir les desigualtats en salut a la ciutat.

La matriu mostra indicadors de salut i indicadors de determinants de la salut (vegeu el quadre 5) pels 73 barris de la ciutat de Barcelona. Entre els determinants de salut se n'han fet servir alguns que reflecteixen situacions relacionades amb la composició demogràfica de la població del barri i que incrementen els riscos de determinants negatius per a la salut (índex de sobreenvelliment, percentatge de persones de 75 anys o més que viuen soles), altres de relacionats amb el nivell socioeconòmic (índex de renda familiar disponible, percentatge de persones de 15 anys o més amb estudis primaris o menys), i encara altres com el percentatge de persones aturades d'entre 16 i 64 anys o el percentatge d'abstenció a les darreres eleccions. Entre els indicadors de salut s'hi han inclòs l'esperança de vida en néixer, la raó de mortalitat comparativa, la raó d'anys potencials de vida perduts, la taxa de tuberculosi, la taxa de fecunditat adolescent i la prevalença de naixements amb baix pes al néixer. A la matriu, es mostren els resultats dels indicadors en color verd, groc o vermell per tal d'identificar, per a cada indicador, els barris amb resultats més favorables (verd) o menys favorables (vermell), considerant com a punts de tall els percentils 25 i 75. A la figura 24 es representen 4 dels indicadors en mapes per barris segons la seva distribució en septils (7 categories).

Tant a la matriu com als mapes destaca que hi ha uns barris de la ciutat que sistemàticament presenten pitjors resultats en els diversos indicadors (color vermell a la matriu), principalment els situats al sud-est i al nord de la ciutat (que corresponen majoritàriament als districtes de Ciutat Vella i Nou Barris, i una part de Sants-Montjuïc i Sant Andreu). Per contra, en altres barris de la ciutat la majoria d'indicadors són favorables (hi predomina el color verd), com a la majoria dels barris del districte de Sarrià – Sant Gervasi i de les Corts. Alguns districtes, com Sant Martí, presenten una barreja de barris predominantment vermells (el Besòs i el Maresme) i d'altres predominantment verds (la Vila Olímpica del Poblenou). També destaca la presència d'alguns barris amb una combinació d'indicadors favorables i desfavorables, com la Salut o Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes.

Per primer cop s'ha fet servir a la ciutat de Barcelona la matriu Urban HEART, que permetrà identificar els barris amb pitjors indicadors de salut i els seus determinants per tal de posar el focus en aquests barris. No obstant això, també és important tenir present la resta de barris de la ciutat, atès que existeix un gradient social en salut segons el qual les diferències en salut no es donen només entre els barris amb indicadors millors i pitjors, sinó que aquells situats entre els extrems també presenten diferències en salut respecte als barris amb millors resultats. Per tant, també serà necessari posar en marxa polítiques que actuïn sobre el conjunt de la població de la ciutat per tal d'assolir un major impacte en la reducció de les desigualtats en salut.

Figura 23. Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris per a una selecció d'indicadors de salut i de determinants de la salut. Barcelona, 2014.

DISTRICTE	BARRI	Índex sobre- envelliment, any 2014	% persones 75 anys o més que viuen soles, any 2014	Índex de Renda Familiar Disponible, any 2013*	% persones 15 anys o més amb estudis primaris o menys, any 2014	% d'atur regirat 16-64 anys, any 2014	% abstenció municipals, any 2015	Esperança de vida al néixer, període 2009- 2013	Raó de Mortalitat Comparativa, període 2009- 2013*	Raó d'Anys Potencials de Vida Perduts, període 2009- 2013*	Taxa tuberculosi, període 2010- 2014	Taxa fecunditat adolescent, període 2010- 2014	Prevalença baix pes en néixer, període 2010- 2014
Ciutat Vella	El Raval	55,1	38,6	99,3	40,6	12,4	54,9	80,3	119,3	129,3	118,2	17,5	5,3
	El Barri Gòtic	56,4	33,6	103,6	23,5	9,8	59,1	91,3	115,7	118,7	42,3	3,8	3,9
	La Barceloneta	58,7	37,5	82,1	33,2	18,8	52,8	89,4	118,8	163,9	44,8	7,9	6,0
	Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	56,7	39,4	91,2	25,4	11,4	49,6	82,4	104,3	126,2	31,9	14,4	6,0
Eixample	El Fort Pienc	53,7	30,2	99,0	19,3	8,7	36,0	84,3	97,2	72,7	13,1	2,6	6,2
	La Sagrada Família	55,3	33,3	97,5	20,8	8,7	38,0	84,3	94,2	82,1	15,4	4,7	6,3
	La Dreta de l'Eixample	55,8	31,1	165,7	12,7	7,1	35,0	82,9	109,0	81,2	13,0	1,0	4,8
	L'Antiga Esquerra de l'Eixample	56,4	33,2	125,1	14,3	8,4	36,8	83,8	99,2	89,1	11,0	2,5	6,5
	la Nova Esquerra de l'Eixample	52,8	33,0	108,6	17,3	8,6	36,7	84,6	92,2	85,3	12,8	3,5	6,2
	Sant Antoni	57,2	34,9	102,5	22,5	9,5	36,6	83,8	96,8	103,6	19,4	6,1	5,8
	El Poblenou	55,5	35,3	71,0	33,3	11,8	46,6	82,6	106,2	106,9	41,3	12,8	6,6
Sants-Montjuïc	La Marina del Prat Vermell	61,8	33,6	59,1	54,3	20,1	64,8	83,1	274,1	566,3	69,8	33,6	10,8
	La Marina del Port	53,6	30,0	70,9	37,8	12,1	44,5	84,0	96,3	110,8	25,1	10,2	5,8
	La Font de la Guatlla	51,5	30,2	77,8	26,4	12,4	41,7	82,3	110,8	96,4	11,7	2,8	7,3
	Hostafrancs	51,7	33,2	77,2	28,3	9,4	41,2	85,6	109,5	92,0	23,9	11,6	6,5
	La Bordeta	53,1	26,8	71,4	29,3	10,0	38,9	83,3	97,6	110,2	23,7	8,1	6,6
	Sants-Badal	50,8	31,5	78,6	30,6	8,3	41,2	84,5	99,9	88,3	22,2	14,1	5,1
	Sants	54,5	34,4	92,6	25,5	9,3	37,1	83,7	101,1	89,7	14,1	8,5	6,5
Les Corts	Sants	48,8	30,9	124,8	16,6	8,9	39,8	85,3	99,8	71,4	15,0	1,6	5,5
	La Maternitat i Sant Ramon	48,2	29,0	118,7	20,2	9,1	35,4	85,8	83,0	75,0	15,2	5,9	5,5
	Pedralbes	51,9	23,9	243,9	10,1	4,3	35,7	86,5	80,8	78,6	6,8	2,3	5,2
Sarrià-Sant Gervasi	Valldividera, el Tibidabo i les Planes	50,3	13,5	177,8	15,9	4,4	36,8	80,1	134,7	125,3	4,6	2,4	5,9
	Sarrià	55,5	25,1	196,1	12,0	4,4	33,3	84,6	94,5	74,3	12,4	3,9	5,9
	Les Tres Torres	52	23,3	224,0	8,7	5,0	31,7	85,9	84,5	67,9	5,0	0,0	4,1
	Sant Gervasi-La Bonanova	53,8	26,3	189,6	11,0	5,4	35,4	84,7	94,4	65,8	7,3	0,0	4,9
	Sant Gervasi-Galvany	55,1	32,2	195,6	9,8	5,7	33,3	84,6	91,2	82,9	12,1	1,1	6,7
	El Putxet i el Farró	50	34,2	142,2	10,5	7,8	34,0	85,3	87,5	86,4	8,8	2,3	5,3
	Valldaroca i els Penitents	51,3	30,0	103,9	17,2	9,5	35,6	83,6	101,8	86,0	14,2	4,3	6,6
Gràcia	El Coll	47	29,2	83,1	23,3	8,2	42,3	85,0	91,6	78,7	8,3	3,5	7,3
	La Salut	49,9	32,0	113,5	17,3	9,3	37,0	81,8	107,1	132,3	24,3	1,0	5,0
	La Vila de Gràcia	56,6	35,3	109,5	18,2	8,9	36,7	83,0	102,4	94,2	19,2	8,7	7,1
	El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	52,1	30,3	101,0	17,5	8,7	32,9	84,8	94,6	77,4	20,3	3,6	6,6
Horta-Guinardó	El Baix Guinardó	51,4	29,0	83,6	22,8	9,2	39,2	84,2	96,9	87,8	17,8	8,0	5,9
	Can Baró	51,7	33,4	74,2	28,5	9,8	41,1	83,6	99,0	102,5	8,8	2,9	5,3
	El Guinardó	53,9	33,0	86,4	23,6	10,7	39,5	84,1	95,0	98,9	15,7	7,7	5,9
	La Font d'en Fargues	47,8	22,6	108,6	21,1	12,6	35,8	82,8	113,7	97,4	12,6	1,3	5,6
	El Carmel	48,3	30,1	54,4	38,6	12,7	47,9	83,4	98,8	122,7	12,5	18,0	9,2
	La Teixonera	50	29,9	69,0	35,0	10,0	45,6	83,2	101,2	111,8	25,8	11,0	9,0
	Sant Genís dels Agudells	60,2	26,3	74,8	34,3	11,0	43,9	83,2	102,8	115,7	22,9	2,0	10,4
	Montbau	72	27,7	71,5	31,3	11,7	42,2	80,6	123,7	129,4	11,6	5,4	9,3
	La Vall d'Hebron	46,7	30,6	87,7	25,5	10,3	34,3	83,2	103,1	81,3	25,2	0,0	2,4
	La Clota	63,8	23,3	85,1	28,9	7,8	42,6	83,3	118,3	106,3	0,0	25,0	3,6
Nou Barris	Horta	53	28,6	83,1	31,0	12,7	38,8	82,8	110,0	94,0	25,1	6,1	8,9
	Vilapicina i la Torre Llobeta	54,8	31,1	71,1	29,4	12,1	38,6	83,5	101,9	91,0	15,7	7,3	6,7
	Porta	55,1	30,0	81,3	36,0	12,8	42,6	84,0	93,5	116,4	16,6	13,0	6,1
	El Turó de la Peira	72,4	33,9	51,6	39,7	15,6	48,7	84,8	90,3	91,4	26,8	22,4	7,5
	Can Peguera	65,9	29,4	53,1	44,8	12,0	54,1	79,1	119,1	25,4	0,0	29,2	7,4
	La Guineueta	52,2	28,7	84,5	33,5	15,3	38,1	83,2	101,8	120,7	21,1	4,4	7,6
	Canyelles	45	28,3	57,0	45,7	14,5	38,8	83,0	100,0	159,4	8,4	6,8	9,3
	Les Roquetes	47,3	33,3	50,4	44,7	13,6	51,5	81,4	115,2	138,8	18,9	27,4	8,7
	Verdun	54,5	31,8	55,6	42,1	14,2	48,1	82,5	104,9	125,6	29,3	17,7	8,6
	La Prosperitat	50,7	32,0	56,9	40,8	13,4	42,4	84,0	95,1	99,0	18,2	11,8	7,2
	La Trinitat Nova	64,4	35,2	38,6	45,8	19,1	55,0	79,8	124,8	158,3	36,7	28,5	6,7
	Torre Baró	49,1	22,5	44,7	48,2	17,6	60,2	75,2	155,8	326,3	0,0	44,4	15,6
	Ciutat Meridiana	43,1	30,4	43,2	48,2	19,4	51,5	83,0	98,1	131,0	52,7	29,2	7,6
	Valldona	62	10,0	41,7	47,4	18,4	52,8	83,0	139,9	134,0	15,0	66,0	7,8
	La Trinitat Vella	47	29,5	83,5	44,7	17,4	50,7	83,8	92,7	137,8	23,2	15,8	8,2
Sant Andreu	Baró de Viver	52,7	38,9	61,9	47,0	11,4	56,4	78,2	122,6	232,3	33,0	35,4	9,2
	El Bon Pastor	50,6	26,8	71,8	39,1	12,6	46,9	82,1	115,5	114,5	16,7	18,9	8,2
	Sant Andreu	48,2	31,6	79,3	26,4	11,2	35,3	83,9	97,0	86,0	18,9	5,8	8,6
	La Sagrera	49,4	29,0	74,3	27,4	10,1	37,1	84,8	90,8	92,7	14,5	8,5	6,2
	El Congrés i els Indians	58,1	30,9	73,7	27,5	10,8	38,3	84,7	89,9	74,1	21,4	4,2	7,1
Sant Martí	Navas	51,8	30,9	75,4	25,8	10,4	38,8	85,4	87,7	87,7	20,2	5,8	5,2
	El Camp de l'Arpa del Clot	51,2	32,7	76,5	24,1	10,8	37,4	84,6	91,0	88,5	21,6	11,4	5,7
	El Clot	50,4	29,7	76,9	25,5	10,0	37,8	84,5	93,9	86,3	11,0	5,5	7,0
	El Parc i la Llacuna del Poblenou	50,5	30,8	93,7	22,3	9,0	37,8	83,4	102,9	90,8	8,5	1,1	6,1
	La Vila Olímpica del Poblenou	37,3	29,4	151,6	10,8	9,1	29,3	85,6	83,6	61,5	8,6	0,0	5,8
	El Poblenou	56,3	33,6	89,6	24,7	9,3	37,9	83,0	104,7	100,3	17,9	7,6	6,4
	Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou	45,7	21,9	150,1	19,3	11,3	37,7	85,0	91,3	68,6	16,2	3,0	5,5
	El Besòs i el Maresme	63,1	31,0	53,0	44,6	14,4	49,3	82,4	104,6	121,9	51,1	23,0	5,9
Sant Martí	Provençals del Poblenou	53,5	29,2	76,1	28,4	10,7	39,8	83,6	98,4	111,3	19,2	7,3	6,6
	Sant Martí de Provençals	53,8	30,1	66,2	33,1	12,8	38,7	83,4	98,9	120,3	20,7	9,4	7,5
	La Verneda i la Pau	51,6	27,0	56,1	37,8	12,8	42,2	83,3	101,2	101,7	16,5	8,1	7,0

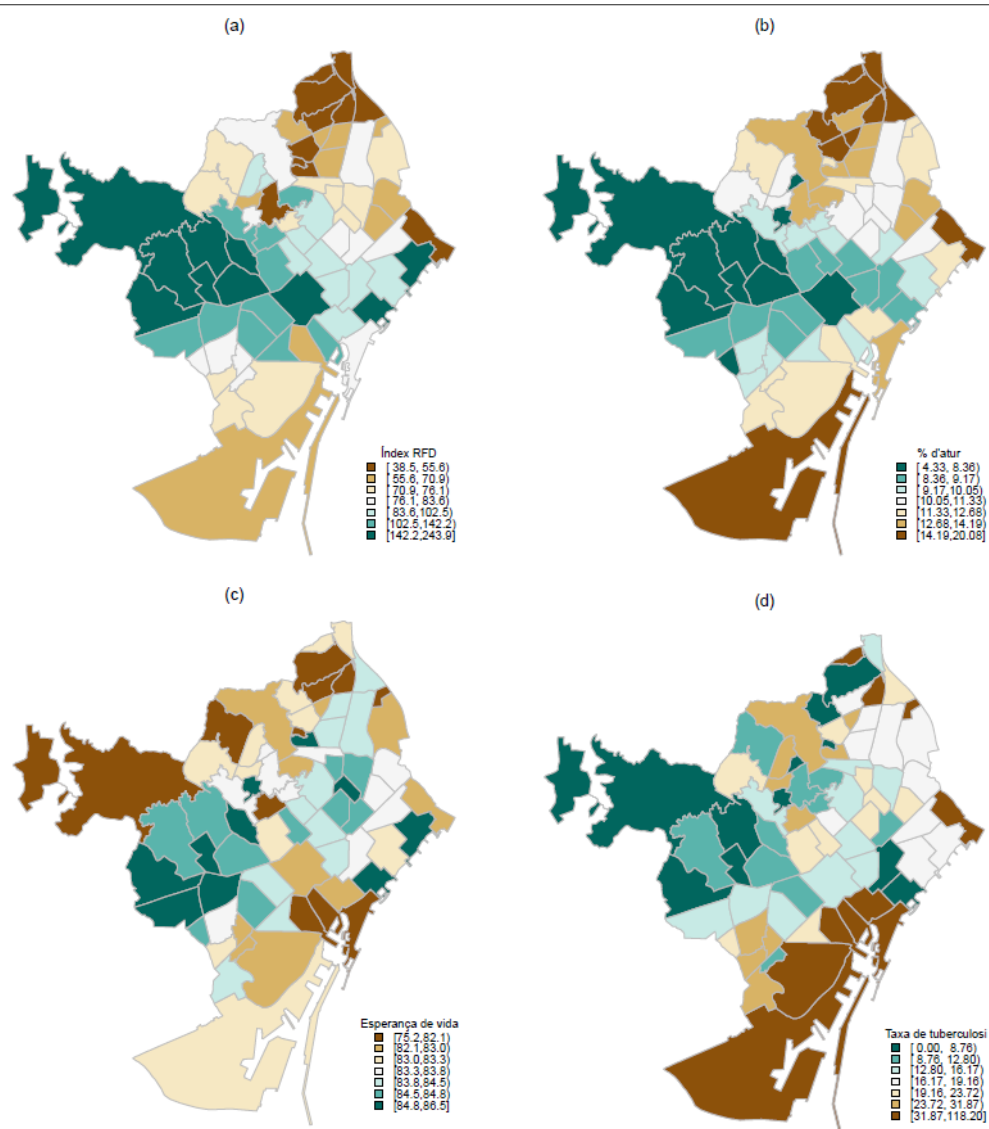
Notes: *en base 100 pel total de Barcelona; vermell correspon al 25% amb pitjor indicador, verd al 25% amb millor indicador i groc al 50% restant.

Quadre 5. Descripció dels indicadors emprats a la matriu Urban HEART de Barcelona.

Indicador	Descripció
Índex de sobreenvelliment	Proporció de persones de 75 anys o més sobre el nombre de persones de 65 anys o més.
% de persones de 75 anys o més que viuen soles	Percentatge de persones de 75 anys o més que viuen soles.
Índex de renda familiar disponible (RFD)	Indicador sintètic resultant de la combinació de diverses variables. Pretén ser una aproximació a la renda disponible mitjana de les famílies residents a l'àrea (el barri, en aquest cas). Es presenta en format de raó entre la renda del barri i la mitjana per al conjunt de Barcelona (índex RFD de Barcelona = 100).
% de persones de 15 anys o més amb estudis primaris o menys	Percentatge de persones de 15 anys o més que, com a molt, han acabat els estudis primaris.
% d'atur registrat en persones de 16 a 64 anys	Percentatge de persones d'entre 16 i 64 anys registrades a les Oficines de Treball de la Generalitat sobre el nombre de persones de 16 a 64 anys ¹
% d'abstenció a les darreres municipals	Percentatge de persones que no han participat en la convocatòria electoral de les darreres eleccions municipals.
Esperança de vida en néixer	Esperança de vida en néixer, calculada a partir de taules de vida i mortalitat.
Raó de mortalitat comparativa	Raó entre les taxes de mortalitat estandarditzades per edat del barri i la del conjunt de Barcelona.
Raó d'anys potencials de vida perduts	Raó entre les taxes de mortalitat prematura (morts entre 1 i 70 anys) estandarditzades per edat del barri i la del conjunt de Barcelona.
Taxa de tuberculosi	Nombre de nous casos de tuberculosi diagnosticats per 10.000 habitants.
Taxa de fecunditat en adolescents	Nombre de naixements de noies d'entre 15 i 19 anys per 1.000 noies d'entre 15 i 19 anys.
Prevalença de baix pes en néixer	Nombre de nadons nascuts amb un pes que se situa per sota del percentil 10 de la seva edat gestacional sobre el total de naixements.

Nota: ¹ estimació per barris a partir de dades facilitades per codis postals.

Figura 24. Distribució pels barris de Barcelona de (a) l'índex de renda familiar disponible, any 2013; (b) el percentatge d'atur registrat en persones de 16 a 64 anys, any 2014; (c) l'esperança de vida en néixer, període 2009-2013; i (d) la taxa de tuberculosi, període 2008-2012.



Referències bibliogràfiques

1. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Abril 2010.
2. World Health Organisation. Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe: The WHO Centre for Health Development; 2010.

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

L'Informe de salut del 2013 va assenyalar la necessitat de millorar els resultats en salut sexual i reproductiva. El juliol del 2014 es va aprovar la Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva, promoguda per la Delegació de Salut, la Regidoria de Dona i Drets Civils i la Regidoria d'Adolescència i Joventut.

El procés d'elaboració va emfatitzar la participació d'entitats ciutadanes que treballen en aquest àmbit juntament amb els organismes municipals responsables de l'àmbit de la salut i els determinants. Reforçant la perspectiva intersectorial, la mesura constitueix una taula formada per totes les parts i liderada i coordinada per l'àmbit de Salut de l'Ajuntament i l'ASPB amb la finalitat de desenvolupar, concretar, temporalitzar les accions i fixar les bases d'avaluació del conjunt de les mesures i fer el seguiment del seu desenvolupament. La representació institucional inclou la direcció de Programa de Salut de l'Ajuntament, l'ASPB, el CSB, el Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR), i les Direccions dels Programes de Dona, Joventut i Drets Civils, així com del Consorci d'Educació i l'Institut Municipal d'Educació de Barcelona. La representació associativa comprèn el Consell de la Joventut de Barcelona, el Consell de les Dones, dues societats científiques, associacions de l'àmbit educatiu, el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, cinc entitats de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva (joves, immigració, col·lectiu LGTB i altres) i la Plataforma Unitària d'ONG SIDA de Catalunya.

La Mesura contempla dos elements clau: 1) un mapa d'actius, que inclou les activitats que tenen lloc a la ciutat en el camp de l'acció, independentment de la propietat pública o privada, l'abast i l'impacte que tenen en la població; 2) una definició anual de les línies estratègiques i els objectius que determinen l'acció.

Les línies estratègiques

LÍNIA 1: ÀMBIT EDUCATIU

L'objectiu d'aquesta línia és augmentar la cobertura de les activitats d'educació afectivosexual i de l'atenció personalitzada a la perspectiva de gènere, la diversitat sexual, els valors culturals diversos com a base per a la prevenció de les violències (violència masclista, *bulling* homofòbic...).

- Augmentar la cobertura de les activitats d'educació afectivosexual incorporant-hi la perspectiva de gènere, la diversitat sexual, els valors culturals diversos com a base per a la prevenció de les violències (violència masclista, *bulling* homofòbic...)
 - Augmentar la informació en matèria de salut sexual i reproductiva en adolescents i joves, incidint en tots els factors que influeixen en les conductes de risc (consum de substàncies...).
 - Facilitar formació continuada a mestres i professorat en l'àmbit afectivosexual i de salut sexual i reproductiva.
- Augmentar la cobertura de l'atenció personalitzada a adolescents i joves, en temes de salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva integral, de gènere, de respecte per la diversitat i de prevenció de la violència.

LÍNIA 2: ÀMBIT COMUNITARI I FAMILIAR

L'objectiu general d'aquesta línia és millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i detecció de les infeccions de transmissió sexual (ITS) en col·lectius de major vulnerabilitat.

- Millorar la cobertura dels programes comunitaris de desenvolupament integral, en especial en zones socialment desfavorides per tal de disminuir les desigualtats.
 - Impulsar l'oferta de programes d'habilitats de criança per a famílies.
 - Desenvolupar activitats de formació continuada sobre sexualitat per a agents comunitaris.
- Millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i detecció de les infeccions de transmissió sexual en col·lectius de major vulnerabilitat.
 - Impulsar la detecció precoç i la prevenció de les ITS, com el VIH/sida, a través de l'oferta de proves i la vacunació.
 - Incrementar l'oferta de tallers de sexualitat per a diversos grups d'edat (adolescents i gent gran), dones, col·lectius LGTB i col·lectius amb diversitat funcional, incorporant-hi la perspectiva de gènere, de diversitat sexual i diversitat cultural, així com la relació entre el consum de substàncies i la salut sexual.
 - Dur a terme consell contraceptiu individual i de salut sexual i reproductiva en col·lectius específics.
 - Facilitar l'accés als preservatius i a altres mètodes contraceptius d'acord amb les necessitats.

LÍNIA 3: ÀMBIT D'ATENCIÓ

L'objectiu general d'aquesta línia és «promoure l'abordatge integral de les situacions complexes en relació amb la salut sexual i reproductiva». Els seus objectius operatius són:

- Facilitar l'accés als mètodes contraceptius, especialment els de llarga durada, com els implants o el dispositiu intrauterí, i continuar garantint l'accés a la contracepció d'urgència.
- Facilitar l'accés als mètodes de barrera per a la prevenció de les ITS, especialment en col·lectius vulnerables.
- Reforçar els programes de detecció precoç i la vacunació, especialment en el col·lectiu d'homes que tenen relacions sexuals amb homes.
- Facilitar l'accés al dispositiu especialitzat en atenció a les víctimes d'agressions sexuals.
- Facilitar formació continuada als i les professionals de la salut sobre la salut sexual i reproductiva i l'afectivosexual, incorporant-hi la perspectiva de gènere, la diversitat sexual i cultural.

LÍNIA 4. ÀMBIT DE LA SALUT PÚBLICA

L'objectiu general d'aquesta línia és enfortir els sistemes d'informació sobre salut sexual i reproductiva i la vigilància epidemiològica, incloent-hi la millora de les enquestes poblacionals i els estudis qualitatius. Els objectius operatius prioritzats han estat:

- Impulsar la recerca en els àmbits comunitari, sanitari i educatiu.
- Impulsar l'avaluació de programes, l'avaluació de necessitats i l'impacte de les actuacions.

Pel que fa a la vigilància epidemiològica, des de l'ASPB s'ha posat en marxa una sèrie d'actuacions a fi de millorar la prevenció i el control de les ITS a la ciutat, entre les quals destaquen: la intervenció activa en els casos d'ITS diagnosticats en menors de 18 anys

(consell sanitari i acompanyament als menors i les seves famílies), també s'està reforçant la promoció de l'estudi de les parelles sexuals i el seguiment dels casos fins la seva curació.

Pe que fa a la millora de la informació sobre la salut sexual i reproductiva, les actuacions endegades per l'ASPB són: 1) la incorporació a l'Enquesta de Salut de Barcelona de preguntes sobre violència masclista, sobre identitat, orientació i conducta sexual i sobre discriminació; 2) s'han inclòs a l'Enquesta FRESC preguntes sobre violència masclista, sobre identitat, orientació i conducta sexual i sobre discriminació.

LÍNIA 5. ÀMBIT COMUNICACIÓ

L'objectiu general d'aquesta línia és desenvolupar accions comunicatives i de sensibilització que reforcin les relacions igualitàries i respectuoses; així com el respecte als drets sexuals i reproductius. Els dos objectius operatius prioritzats són:

- Reforçar i millorar la informació sobre salut sexual i reproductiva i fer-la més accessible a tots els grups de població.
- Impulsar l'ús de les TIC per afavorir la comunicació, especialment amb adolescents i joves.

Priorització de les actuacions

El grup de treball proposa prioritzar per a l'any 2015 les actuacions corresponents a la línia d'actuació 2, àmbit comunitari i familiar, i a la línia d'actuació 3, àmbit d'atenció. En concret, es prioritzen els objectius generals següents:

Línia 2

Millorar la cobertura de programes comunitaris de desenvolupament integral, en especial en zones socialment desfavorides per tal de disminuir les desigualtats.

Millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i la detecció de les ITS en col·lectius de major vulnerabilitat.

Línia 3

Promoure l'abordatge integral de les situacions complexes en relació amb la salut sexual i reproductiva.

Pla de treball

El Pla de Treball per al 2015 s'orienta a les àrees següents:

- Desenvolupament del sistema d'indicadors a partir de les línies prioritzades.
- Aprofundir en les línies d'actuació prioritzades mitjançant la identificació d'elements centrals que ajudin a identificar bones pràctiques i conceptes comuns per al desenvolupament de les accions.
- Desenvolupament de les accions pròpies de cada entitat i institució.
- Completar el Mapa d'Actius amb totes les dades que s'han definit a l'apartat corresponent per permetre conèixer l'impacte real de les accions que s'estan desenvolupant.
- Proposar la incorporació d'una línia d'actuació específica dedicada als Programes en Salut Sexual i Reproductiva en convocatòries futures de subvencions de l'Ajuntament de Barcelona.
- Desenvolupament i actualització de la base de dades.
- Cerca i identificació de recomanacions per a la intervenció i l'establiment de criteris de bones pràctiques.

La concreció de la mesura en objectius i accions específiques és l'encàrrec principal de la Taula per a la Salut Sexual i Reproductiva. Tal i com queda explicat, els dos elements claus de la Mesura de govern són el Mapa d'Actius i les línies d'actuació.

Durant el 2015, la Taula per a la Salut Sexual i Reproductiva té previst acordar la realització d'un procés de treball conjunt mitjançant dos grups de treball amb dues finalitats principals: complementar el Mapa d'Actius, tant conceptualment (informació rellevant per a la identificació de les actuacions que s'estan desenvolupant) com materialment (complementant-lo amb les activitats no incloses i actualitzant l'estat de les activitats); i prioritzar les línies d'actuació. També s'han fixat les bases per a l'elaboració, en el darrer quadrimestre del 2015, del pla de treball per a 2016, tal com es preveu a la Mesura.

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Introducció

Dins del sistema global de gestió del risc de l'ASPB, hom disposa del Programa d'Investigació de la Qualitat Sanitària dels Aliments (IQSA) des del 1984, com a eina per a la vigilància de determinats contaminants químics i microbiològics en aliments comercialitzats a la ciutat.

El programa IQSA no realitza un mostreig representatiu de tots els aliments comercialitzats a la ciutat, ja que representaria un tasca inabastable. Cada edició del programa efectua una recollida a l'atzar d'un nombre relativament reduït de mostres de diferents aliments, a manera de grups diana en què investigar determinats paràmetres analítics. Els resultats obtinguts permeten tenir una visió puntual dels nivells de determinats contaminants en els aliments posats a disposició del consumidor, així com detectar situacions anòmales i avaluar tendències amb la valoració dels resultats acumulats.

La característica fonamental en què es basa el programa és el seu caràcter obert i dinàmic, que permet la incorporació o eliminació de contaminants o aliments a investigar en cada edició del programa. Aquesta flexibilitat ha permès, al llarg dels seus trenta anys d'activitat, reflectir els nous perills que van apareixent com a conseqüència dels canvis continus en els estils de vida, les actituds dels consumidors i els operadors de seguretat alimentària, la tecnificació de la indústria o l'evolució constant de la legislació. Així doncs, alguns paràmetres s'han mantingut des dels inicis del programa, cosa que ha permès fer una anàlisi de tendències de vint o trenta anys; mentre que d'altres són incorporacions més recents.

En aquests trenta anys s'han analitzat més de 42.000 mostres d'aliments, que han donat prop de 280.000 resultats analítics de paràmetres de composició, additius i contaminants abiòtics i biòtics. Aquests resultats s'han difós tant localment com internacionalment i per a diversos públics, contribuint així en diverses funcions i mostrant com és possible desenvolupar un sistema de vigilància local però amb un abast global i amb informació útil per a gestors, científics, tècnics, operadors econòmics i consumidors.

Metodologia del programa

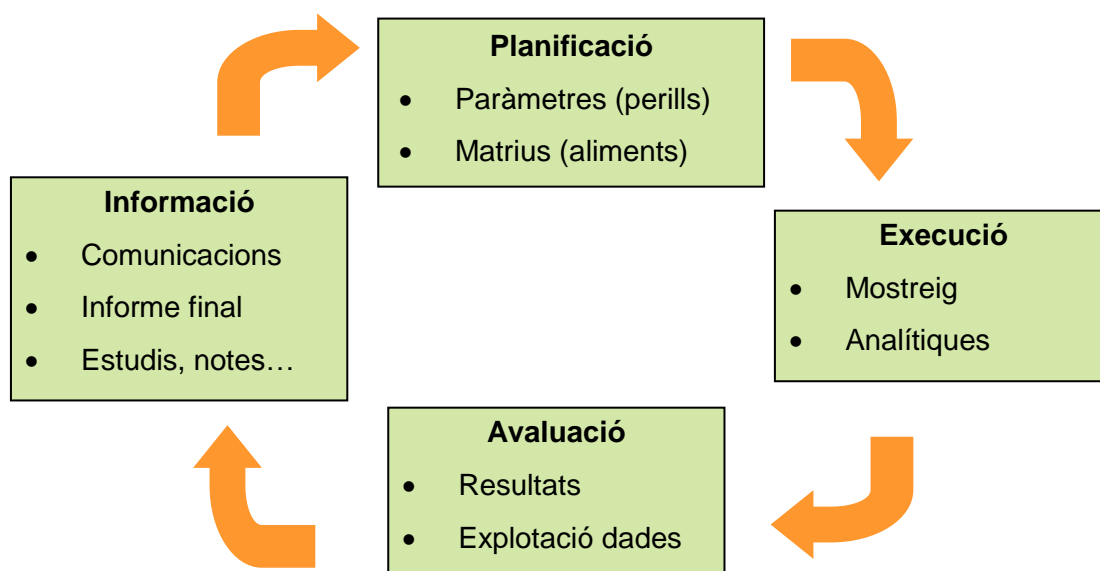
Durant la planificació del programa (vegeu la figura 1), es decideixen quins aliments i paràmetres s'investigaran en l'edició següent del programa, en funció de les fonts d'informació següents:

- Resultats d'anys anteriors del programa i propostes dels serveis de control alimentari i del laboratori de l'ASPB.
- Normatives o recomanacions que fixen límits legals obligatoris o recomanats per a determinats contaminants.
- Estudis prenormatius a escala europea amb recopilació de dades per l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària.
- Incidències alimentàries (alertes, denúncies, toxiinfeccions) que es transmeten a través de les xarxes d'alerta alimentària tant en l'àmbit de la Unió Europea (Food & Feed Safety Alerts, RASFF) com estatal (Sistema Coordinat d'Intercanvi d'Informació, SCIRI).
- Informació científica d'articles, jornades o estudis d'altres organitzacions que posen en relleu possibles perills poc estudiats.

Un cop dissenyat el protocol d'aplicació, que descriu el tipus de productes i les determinacions que cal realitzar, comença l'operatiu de recollida de mostres dissenyat per obtenir una visió de la qualitat sanitària de diversos tipus d'aliments comercialitzats, independentment del seu origen. Les mostres es recullen en els establiments minoristes de la ciutat i en algunes indústries i s'envien al laboratori de l'ASPB per a analitzar-les.

Els resultats obtinguts s'exploten estadísticament i es publiquen sistemàticament a la pàgina web de l'ASPB. Alguns resultats es traslladen a altres administracions i els més rellevants es difonen entre els professionals de la salut pública a través de jornades, congressos o articles en revistes especialitzades.

Figura 1. Esquema de la metodologia de treball del programa IQSA. Barcelona, 2014.



Font: Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Evolució del programa: d'allò més consumit a allò més sensible

El programa IQSA es va iniciar el 1984 amb l'objectiu de canviar el sistema de vigilància existent aleshores i que tenia un enfocament puntual a un altre sistema de caire global i preventiu. Des de llavors, els objectius, la metodologia i l'abast del programa s'han revisat en diverses ocasions cosa que ha donat origen a tres grans etapes.

Primera etapa (1984-1990): identificació de les anomalies de la dieta bàsica

El programa es va iniciar amb la intenció d'obtenir resultats representatius de les anomalies que poguessin presentar els aliments més consumits a la ciutat de Barcelona. Aquesta metodologia comportava un gran volum de mostres i determinacions anuals, així com la implicació d'un nombrós equip tècnic.

A més, a banda de l'estudi de paràmetres de seguretat alimentària (additius i contaminants abiòtics i microbiològics), durant aquest període s'analitzaven les anomalies administratives, organolèptiques i de composició dels aliments (figura 2).

Segona etapa (1991-1998): estudi en profunditat de poques mostres

El mostreig durant aquest període ja no se centrava en els aliments més consumits sinó que es prioritzaven alguns productes concrets per obtenir una visió global de la seva situació sanitària en un període de temps curt. Per a cada aliment s'analitzava una àmplia bateria de paràmetres, de manera que se seguia mantenint un alt percentatge de determinacions.

Tercera etapa (1999-2014): control dels paràmetres d'interès

En aquesta etapa es va consolidar el model actual del programa, en què el disseny s'elabora sobre la base dels perills microbiològics o químics que es volen estudiar i, posteriorment, se seleccionen els aliments susceptibles de contenir-los. Es focalitza en aspectes lligats a la seguretat alimentària i es redueix el nombre de mostres i el de determinacions per mostra.

Usos del programa

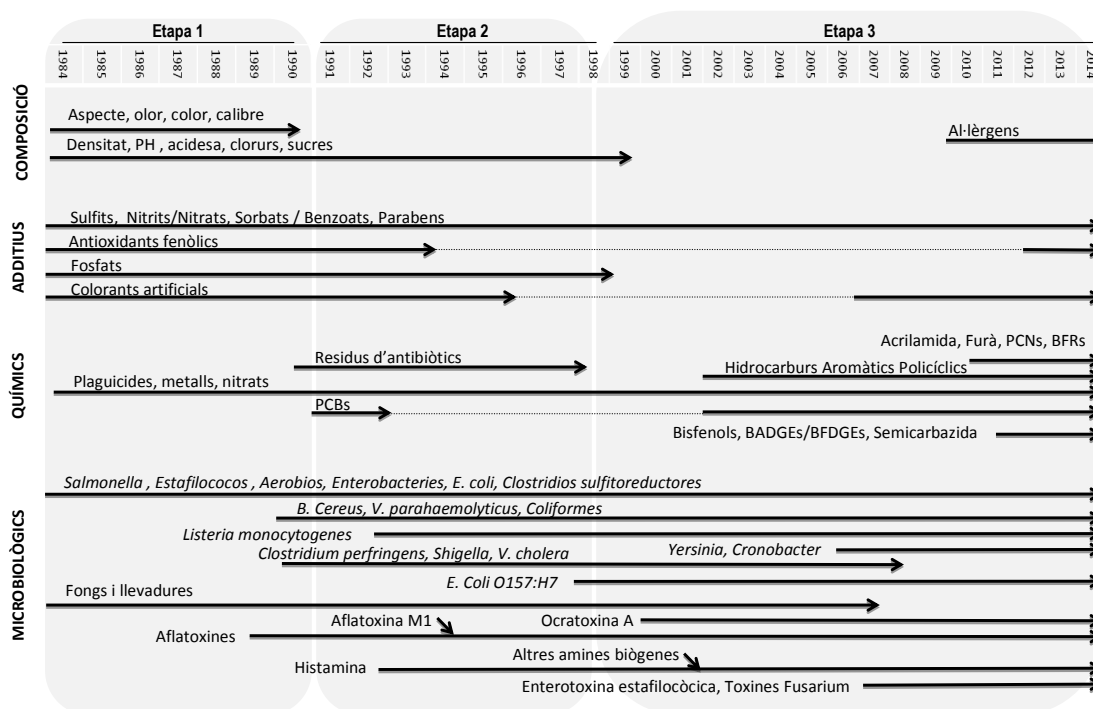
Tal i com s'ha comentat, l'objectiu principal del programa és fer una avaluació prospectiva de la presència de determinats contaminants en els aliments. No obstant això, i dins d'un marc global de protecció de la salut, els resultats obtinguts permeten contribuir a diverses funcions, com ara:

- Protegir la seguretat del consumidor i la qualitat dels aliments: l'avaluació dels resultats del programa permet valorar si, un cop al mercat, els aliments compleixen amb l'absència i/o els nivells de tolerància establerts per a determinats paràmetres.
- Avaluar tendències, realitzar càlculs d'ingesta per valorar l'exposició a baixes concentracions de contaminants acumulatius o avaluar l'efectivitat de noves normatives. Per a alguns paràmetres, l'estudi requereix considerar l'exposició de la població a llarg termini. Així mateix, l'impacte potencial de les accions per reduir-ne la presència també s'ha de valorar a llarg termini. Els sistemes de vigilància, tant ambientals com en els aliments, són especialment indicats per verificar-ho.
- Proporcionar resposta a la petició de dades de programes estatals o europeus. Els resultats del programa es transmeten al nivell intern, i anualment es traslladen a l'Administració autonòmica i, a través d'aquesta, a l'Administració estatal i europea. Així, els resultats de l'IQSA formen part del conjunt de dades que conformen les diferents publicacions que aquestes administracions porten a terme sobre contaminants.
- Gestió de les disconformitats detectades i planificació de programes de control. Amb l'anàlisi de dades es detecten els resultats disconformes, és a dir, que superen els límits legiscats o recomanats en vigor. Amb els resultats disconformes que són imputables a establiments de la ciutat, es posen en marxa els mecanismes de control sanitari per a la seva correcció a través dels serveis de control de l'ASPB (inspecció, presa de mostra reglamentària o mesures cautelars). En cas que la imputació correspongui a establiments de fora de la ciutat, es posa en coneixement de les autoritats sanitàries competents (comunicació d'irregularitats).
- Informació per a la indústria i la ciutadania. Tal com s'ha comentat, els informes finals de cada edició del programa es publiquen sistemàticament a la pàgina web de l'ASPB. Aquesta transparència contribueix a basar les opcions de consum en l'evidència científica i a ressaltar la importància dels autocontrols i les bones pràctiques en la indústria i la restauració, que afecten directament els resultats obtinguts en molts dels paràmetres investigats.

El programa segueix evolucionant però la retrospecció dels usos del programa posa en evidència la gran utilitat que té i algunes peculiaritats del mateix. D'una banda, els trenta anys acumulats proporcionen sèries temporals molt llargues i aporten una visió històrica de molts perills. A més, destaca la capacitat d'innovació del programa, amb la investigació primerenca de perills no regulats. L'estreta col·laboració interdepartamental, en concret, entre els serveis de control i els serveis del laboratori de l'ASPB, és sens dubte un fort estímul de debat per a la prioritització o la posada en marxa de nous reptes dins el programa.

Finalment, cal destacar que, malgrat que es tracta d'un programa municipal s'aconsegueix una exigència i una cobertura globals (pel que fa a mostres, tipus de paràmetres, i altres).

Figura 2. Paràmetres estudiats al llarg dels trenta anys del programa IQSA. Barcelona, 1984-2014.



Font: Programa IQSA. Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

PCNs: naftalens policlorats.

BFRs: retardants de flama bromats.

PCBs: bifenils policlorats.

BADGEs/BFDGEs: bisfenol «A» diglicidil èter / bisfenol «F» diglicidil èter.

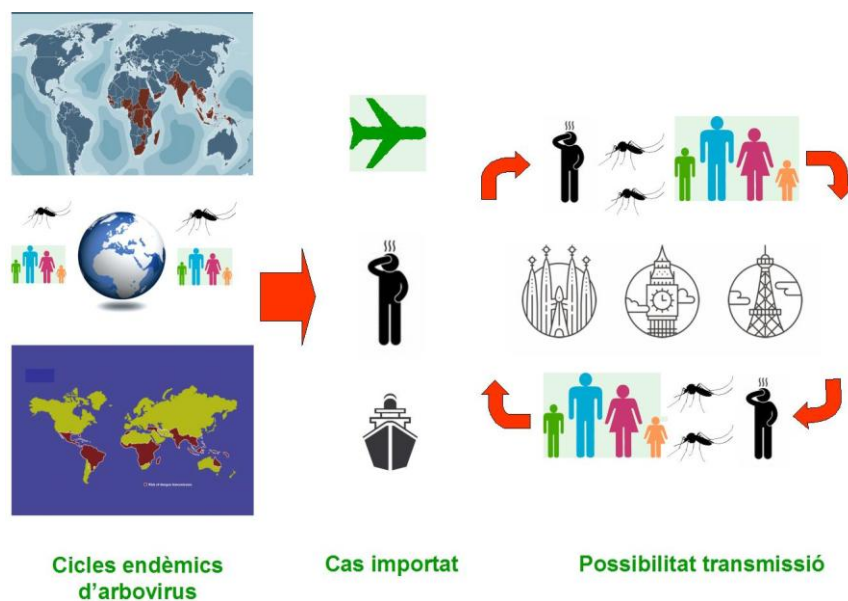
Vigilància i control de l'arbovirosi

Antecedents

Es parla d'arbovirus (*Arthropod-Borne Virus*) per referir-se a aquells virus que requereixen l'acció hematofàgica d'un artròpode per a la transmissió entre hosts. Entre aquests artròpodes vectors, els mosquits culícids (dípters culícids) ocupen un lloc preferent a causa de la seva hematofàgia obligada, la màxima adaptabilitat a múltiples ambients en diferents latituds i altituds, i una gran variabilitat d'hosts preferents dels quals alimentar-se i en els quals disseminar els virus. Malgrat la naturalesa majoritàriament zoonòtica que caracteritza els arbovirus, almenys en un 25% del total catalogat per aquest grup s'ha pogut evidenciar afeccions humanes de diversos graus de severitat. L'emergència i/o reemergència d'algunes de les malalties infeccioses que provoquen aquests agents vírics suposa una de les més grans preocupacions per a la salut pública mundial.

En aquest sentit tant el virus del Nil occidental (*West Nile Virus*), com el dengue o el chikungunya són algunes de les més importants arbovirosi de l'últim segle, que han causat quantioses pèrdues personals i econòmiques. A Europa en els últims anys el brot de chikungunya a Itàlia el 2007, el brot de dengue a Madeira el 2014 o els casos autòctons de dengue i chikungunya a França són exemples importants d'aquest fenomen. Encara que els factors que influeixen en l'aparició de casos de transmissió autòctona d'arbovirus són múltiples, dos elements són indispensables: la presència d'un hoste que aculli el virus (fase de virèmia) i la presència d'un vector competent que pugui ser infectat i començar la transmissió. Aquests elements, que a priori poden semblar difícils de fer coincidir, no ho són tant, ja que en un món globalitzat com el nostre, en què es facilita el transport de béns materials, persones i altres animals, no és estrany que també s'afavoreixi la dispersió dels mosquits i els patògens i que puguin coincidir en el mateix temps i territori (figura 1). En aquest sentit, l'*Aedes albopictus* i l'*Aedes aegypti* en són exemples paradigmàtics d'aquesta difusió.

Figura 1. Cicles endèmics d'arbovirus, possibilitat de transmissió a partir d'un cas importat.



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).

En els cicles de transmissió urbans, amb l'home com a hoste definitiu habitual, poden ocasionar epidèmies explosives que afectin fins al 70-80% de la població d'una àrea determinada. El temps d'incubació, des de la inoculació del virus després de la picada del mosquit fins a la manifestació de símptomes, pot oscil·lar des dels 2 o 3 dies fins a un màxim de 14 dies, la qual cosa, després d'un hipotètic brot de la malaltia en una regió concreta, aixecaria les sospites del seu origen en persones arribades recentment a aquesta zona. A aquesta situació, caldria afegir-hi que una gran part de casos de dengue importat pot romandre sense diagnosticar, ja que la gran part d'infeccions per dengue cursen de manera asintomàtica o subclínica.

Davant d'aquest escenari, els programes actuals de vigilància i control d'arbovirosis en països com França o Itàlia inclouen la detecció dels casos importats, la valoració del risc en funció de la presència d'un vector transmissor, mesures de control vectorial, la detecció de possibles casos autòctons i el seguiment continu dels casos, és a dir una vigilància humana i vectorial coordinada.

Programa de vigilància i control d'arbovirosis a la ciutat de Barcelona

Des de l'ASPB l'any 2013 es va engegar juntament amb l'Hospital Clínic de Barcelona un projecte pilot innovador amb l'objectiu d'implantar un sistema de vigilància d'arbovirosi en el nostre medi de cara a reduir el risc de transmissió d'aquestes malalties, establint una vigilància organitzada al nivell humà i vectorial, i tenint en compte els factors associats que podien intervenir en la dinàmica de transmissió.

El bon funcionament d'aquest projecte, juntament amb la publicació per la Generalitat de Catalunya del Protocol per a la vigilància i control d'arbovirosi a Catalunya, va fer que el 2014 s'implantés a tot Catalunya el sistema d'una manera consolidada i coordinada amb els diversos agents implicats. Un altre fet que sens dubte col·laborarà a la millora en la comunicació dels casos ha estat la publicació del Reial Decret 203/2015 de 15 de setembre, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics, mitjançant el qual el dengue i el chikungunya passen a ser malalties de declaració obligatòria a Catalunya.

L'aparició constant de casos importats de dengue i chikungunya al nostre territori, juntament amb la detecció de casos autòctons a França molt a prop de la nostra frontera, encara ha posat més de manifest la necessitat d'engegar aquest tipus de protocol arreu del territori. El protocol requereix accions de vigilància virològica, detecció precoç i confirmació diagnòstica ràpida dels casos, així com una bona vigilància entomològica i animal per tal de conèixer i determinar el nivell de risc per a la salut humana i per poder emprendre mesures d'intervenció immediates. Per això, és imprescindible la coordinació entre totes les parts implicades, és a dir: entomòlegs, sanitat animal, epidemiòlegs, clínics i viròlegs, que impulsin:

- Programes de vigilància virològica – humana – epidemiològica.
- Programes de vigilància i control de vectors.
- Resposta ràpida dels serveis de salut envers l'aparició d'un brot per arbovirus.
- Seguiment continuat dels casos a tots els nivells.

Seguint aquestes pautes, el sistema de vigilància i control d'arbovirosi que es porta a terme a la ciutat de Barcelona consta de dos elements clau en el procés:

D'una banda el Servei d'Epidemiologia és l'encarregat en un primer terme de filtrar els casos de pacients amb dengue o chikungunya que arriben a la nostra ciutat en fase de virèmia, és a dir, en el període en què hi ha prou virus en sang perquè un mosquit vector (*Aedes albopictus*), si pica aquesta persona pugui transmetre la malaltia a una persona sana.

En un segon terme, a partir del conjunt de casos s'efectua una enquesta epidemiològica que inclou un conjunt de recomanacions i recull informació que permetrà donar continuïtat a les accions que cal dur a terme i al seguiment posterior del pacient: dades personals, llocs on ha viatjat, antecedents de picades, llocs visitats en el període de virèmia, etc.

Un cop efectuada l'enquesta epidemiològica, els casos que han arribat en fase de virèmia són comunicats al Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA), que és l'encarregat de contactar amb la persona per tal de reforçar les recomanacions de prevenció i protecció, efectuar una inspecció entomològica en el seu domicili i a la via pública adjacent, i valorar la realització d'altres inspeccions en funció dels llocs que hagi visitat i el temps de permanència durant el període de virèmia: domicili de familiars i/o amics, lloc de treball, llocs d'esbarjo, etc.

L'objectiu d'aquestes accions és, d'una banda, detectar la presència del vector competent i, de l'altra, reduir la seva presència en aquestes zones per minimitzar un possible episodi de transmissió, atès que aquesta mesura, juntament amb la protecció personal que pugui fer el pacient, són les úniques mesures que es poden prendre per prevenir la possible aparició de casos autòctons. En paral·lel a aquestes tasques també es monitoritzen els llocs inspeccionats amb trapes o elements de captura, per tal d'analitzar els mosquits i descartar la possible circulació de virus en el vector, factor que faria augmentar el possible risc de transmissió. En qualsevol dels casos, si es detecta presència de mosquits i/o circulació de virus s'efectuen tasques de control: larvicida i/o adulticida, i es programen seguiments periòdics a la zona fins a l'absència d'activitat vectorial. El conjunt d'accions efectuades des del SVIPLA es comunica al Servei d'Epidemiologia per tal de completar el seguiment del cas.

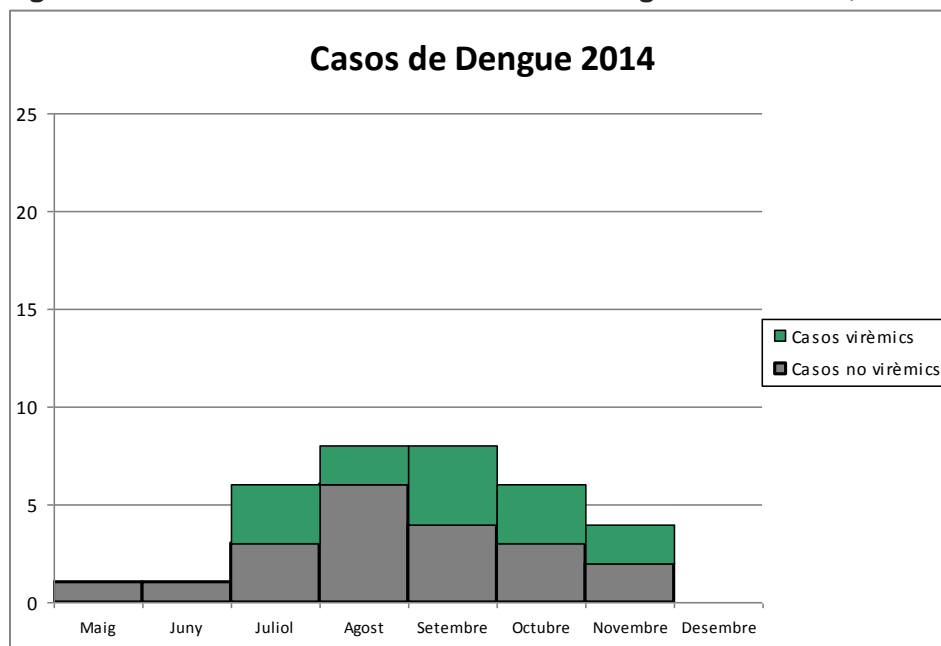
Resultats del programa

El 2014 han arribat 70 casos d'arbovirosi importats a la ciutat de Barcelona, 50 corresponien a casos de dengue i 20 a casos de chikungunya.

En el cas del dengue, els casos es troben distribuïts globalment, l'explicació rau en què es tracta d'una malaltia de la qual es té evidència en 128 països, i en què el 40% de la població mundial es troba en zones de risc de patir la malaltia, i que la WHO estima que es produeixen 50-100 milions de casos anuals, amb més de 25.000 morts a l'any; tot això provoca que puguin arribar viatgers a les nostres latituds des de quasi qualsevol país amb risc de malaltia. L'aparició dels casos importats ha ocorregut entre els mesos de juny i novembre, amb un període més marcat al setembre. Tot sembla indicar un patró relacionat, sobretot, amb els viatges en el període vacacional (figura 2).

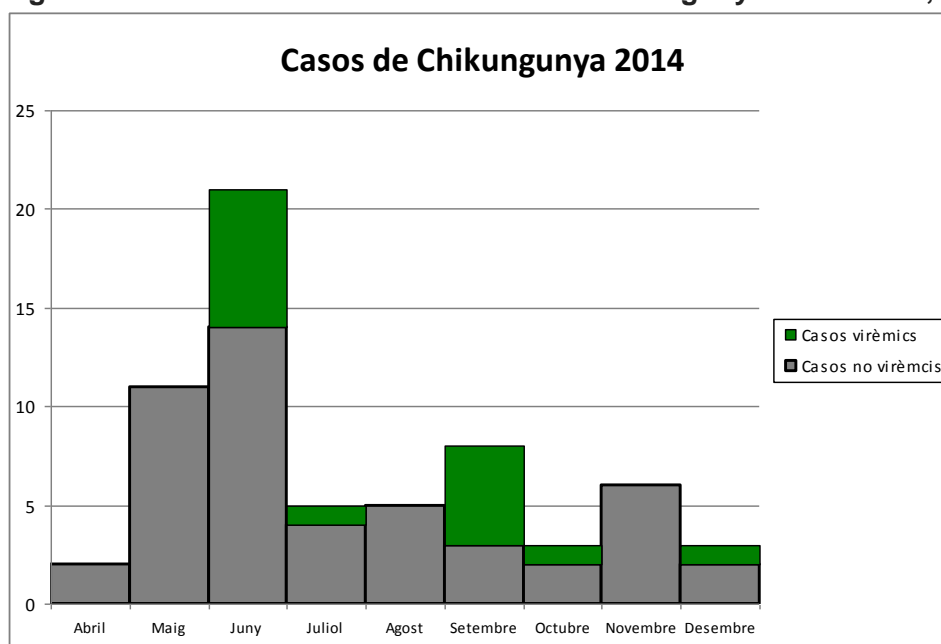
Pel que fa a la procedència dels casos per país visitat, en el cas del chikungunya ha estat molt centrat en l'Amèrica del Sud, ja que la República Dominicana i Haití han agrupat quasi el 70% dels casos totals. Aquest fet té la seva raó de ser en el brot epidèmic que s'ha produït al Carib durant el 2014, amb més de 30.000 casos confirmats que ha provocat que una gran quantitat de viatgers que han visitat aquestes zones contraguessin la malaltia, fins i tot ocasionant casos autòctons en els seus països, com va ser el cas dels Estats Units. L'aparició dels casos importats ha estat molt relacionada amb el comportament de l'aparició dels casos al Carib, de manera que sobretot el 80% dels casos s'han donat sobretot al juny i, en menor mesura, entre setembre i octubre (figura 3).

Figura 2. Casos no virèmics i virèmics de dengue. Barcelona, 2014.



Font: Servei d'Epidemiologia (SEPID) i Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).

Figura 3. Casos no virèmics i virèmics de chikungunya. Barcelona, 2014.



Font: Servei d'Epidemiologia (SEPID) i Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).

De tots els casos importats, des del Servei d'Epidemiologia de l'ASPB s'han efectuat les enquestes epidemiològiques i s'han comunicat al SVIPLA aquells casos que havien estat virèmics a la ciutat.

De manera que dels 70 casos importats, 29 han arribat en fase virèmica, és a dir, amb prou virus en sang perquè si un vector (mosquit tigre) els pica pugui transmetre la malaltia a una persona sana. D'aquests, 15 van correspondre a casos de dengue i 14 a casos de chikungunya.

En total es van fer 29 inspeccions entomològiques corresponents a casos de pacients virèmics (15 de dengue i 14 de chikungunya), amb els següents resultats:

- Propietat privada: no s'ha detectat activitat vectorial en cap cas.
- Via pública: s'ha detectat activitat vectorial en 7 dels 29 casos i s'han iniciat actuacions de control fins a l'absència d'activitat del vector.

En conclusió, la situació actual posa de manifest el risc real de transmissió autòctona per la coincidència de pacients en fase virèmica i la presència d'*Aedes albopictus*, de manera que l'execució d'aquest tipus de protocols és fa imprescindible per poder detectar en una fase inicial arbovirus en àrees no endèmiques, estimar-ne el risc de transmissió, i reduir el risc mitjançant actuacions de vigilància i control en el territori.

La salut en xifres

Els determinants socioeconòmics

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2014.

		1991		1996		2001		2006		2011		2014	
Població													
Homes	0-14 anys	121.726	15,7%	92.093	13,1%	88.592	12,6%	97.142	12,5%	102.173	13,3%	103.825	13,6%
	15-44 anys	352.714	45,5%	314.536	44,6%	317.954	45,1%	360.914	46,6%	343.349	44,6%	327.201	42,7%
	45-64 anys	193.872	25,0%	178.844	25,4%	172.202	24,4%	186.410	24,1%	191.834	24,9%	196.163	25,7%
	65-74 anys	68.244	8,8%	76.425	10,8%	74.974	10,6%	69.732	9,0%	66.731	8,7%	71.001	9,3%
	75 anys i més	39.432	5,1%	43.087	6,1%	51.502	7,3%	60.358	7,8%	66.335	8,6%	66.400	8,7%
	Total	775.988	100%	704.985	100%	705.224	100%	774.556	100%	770.422	100%	764.590	100%
Dones	0-14 anys	115.104	13,3%	87.544	10,9%	84.543	10,6%	92.949	10,9%	96.931	11,4%	98.554	11,6%
	15-44 anys	356.504	41,1%	320.916	39,9%	318.161	39,8%	346.661	40,5%	331.367	39,0%	321.987	37,9%
	45-64 anys	218.143	25,1%	203.061	25,3%	196.389	24,6%	211.360	24,7%	217.042	25,5%	219.644	25,9%
	65-74 anys	97.166	11,2%	104.124	13,0%	99.508	12,5%	89.486	10,5%	84.218	9,9%	89.873	10,6%
	75 anys i més	80.639	9,3%	88.175	11,0%	100.059	12,5%	114.525	13,4%	120.312	14,2%	118.633	14,0%
	Total	867.554	100%	803.820	100%	798.660	100%	854.981	100%	849.870	100%	848.691	100%
Índex de dependència senil¹													
Homes		19,7%		24,2%		25,8%		23,8%		24,9%		26,3%	
Dones		30,9%		36,7%		38,8%		36,6%		37,3%		38,5%	
Índex de sobreenvelliment²													
Homes		36,6%		36,0%		29,6%		46,4%		49,9%		48,3%	
Dones		45,3%		45,8%		50,1%		56,1%		58,8%		56,9%	
Gent gran que viu sola³													
Homes	65-74 anys	4.518	6,6%	5.901	7,7%	7.081	9,2%	7.438	10,7%	8.319	12,5%	9.121	12,8%
	75-84 anys	3.277	10,0%	3.836	11,1%	5.274	13,3%	6.602	13,6%	7.245	14,3%	7.111	14,6%
	85 anys i més	827	12,3%	1.376	16,1%	2.095	21,1%	2.430	20,4%	3.385	21,6%	3.954	22,2%
Dones	65-74 anys	23.015	23,7%	25.379	24,4%	24.854	24,2%	21.170	23,7%	20.073	23,8%	21.284	23,7%
	75-84 anys	18.580	30,1%	23.371	36,0%	29.113	40,4%	31.553	38,8%	30.737	38,0%	28.163	37,2%
	85 anys i més	3.837	20,2%	6.307	27,1%	10.502	38,3%	12.858	38,8%	16.948	43,0%	18.958	44,2%
Nivell d'instrucció⁴													
Homes	Sense estudis	20,5%		14,8%		11,7%		10,3%		9,2%		5,6%	
	Estudis primaris	28,2%		27,9%		26,9%		23,5%		21,3%		16,8%	
	Estudis secundaris	16,3%		18,6%		18,7%		18,9%		19,9%		22,6%	
	Batxillerat i FP II	21,4%		23,4%		24,6%		26,7%		25,2%		27,2%	
	Universitaris	12,8%		14,5%		17,7%		20,5%		24,4%		27,8%	
	No consta	0,8%		0,8%		0,4%		0,1%		0,1%		0,0%	
Dones	Sense estudis	29,6%		22,0%		17,5%		14,4%		11,8%		8,2%	

Estudis primaris	30,1%	30,5%	29,4%	24,9%	22,3%	18,8%						
Estudis secundaris	15,0%	17,2%	17,5%	18,1%	19,0%	20,4%						
Batxillerat i FP II	15,5%	17,8%	19,5%	22,7%	21,8%	23,4%						
Universitaris	9,3%	11,7%	15,7%	19,7%	25,2%	29,2%						
No consta	0,5%	0,8%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%						
Població estrangera	45.417	2,7	54.652	3,4	101.947	6,8	286.265	17,8	348.305	21,5	358.798	22,2

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

Notes: ¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) x100. ²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³Es mostren els resultats per a l'any 2000. ⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Taula 2. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2005-2014.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ⁸	2014
Atenció primària de salut										
Visites per habitant i any	5,7	5,6	5,6	5,4	5,8	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3
Cobertura vacunació en persones de 60 anys o més	54,2%	55,7%	51,2%	51,5%	53,2%	47,8%	47,4%	48,8%	47,8%	48,1%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	5,8%	5,8%	5,4%	5,6%	7,1%	6,5%	6,3%	6,0%	6,1%	5,9%
Atenció a les urgències										
Nombre d'Urgències ateses	728.806	727.310	737.325	717.035	698.467	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968
Activitat SEM-061 ¹										
Nombre d'urgències a domicili	60.074	59.475	49.895	40.448	36.728	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529
Nombre d'emergències	164.624	157.980	179.918	191.460	201.550	197.604	194.558	192.458	183.750	208.413
Atenció especialitzada hospitalària										
Nombre de llits públics d'aguts per 1.000 habitants ²	3,3	2,6	2,6	2,6	2,3	2,4	2,3	2,2	2,0	2,2
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 h./any dels residents a BCN ³	101,9	90,6	89,7	89,2	88,7	89,4	87,3	89,7	90,0	88
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària ³	8,9%	8,6%	8,2%	7,8%	7,4%	8,0%	7,4%	6,6%	6,2%	6%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN de no residents a la ciutat	33,1%	33,4%	31,4%	31,3%	30,7%	29,0%	27,6%	26%	25,5%	23,6%
Atenció sociosanitària										
Llits de llarga estada	1.329	1.359	1.392	1.482	1.317	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124
Llits de convallescència		719	666	724	876	970	930	912	845	788
Llits de cures pal·liatives	107	87	87	94	116	109	104	114	100	115
Llits d'unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	20	19	19
Places en hospitals de dia	337	369	369	396	411	371	446	443	410	398
Nombre d'equips PADES	19	20	20	20	29	32	18	18	20	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	12	12	12	9	9	9	9
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	5	7	7	7	8	8	8	8	7	7
Atenció sociosanitària										
Núm. Pacients llits llarga estada	2.832	2.523	2.346	3.127	2.775	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157
Núm. Pacients unitats convallescència	4.551	4.022	4.709	4.716	5.187	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021
Núm. Pacients unitats cures pal·liatives	1.059	869	806	1.098	1.193	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871
Núm. Pacients unitats hospital de dia	700	693	760	902	1.082	977	1.075	1.231	1.456	1.398
PADES (inclou ETODA) ⁴	6.832	6.553	3.235	4.362	3.364	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070
UFISS	8.907	3.062	3.587	ND	ND	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675
EAIA (processos) ⁵	ND	3.491	3.568	ND	ND	ND	11.562	11.924	11.077	11.971
Atenció a la salut mental										
Ambulatori										
Núm. Centre d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	16	16	16	16	16	14	14
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	11	11	11	11	11	10	10	9	9
Núm. Places d'hospitals de dia	473	490	511	574	577	577	579	593	578	573

Rehabilitació

Núm. Places en centres de dia	657	690	706	706	706	706	671	671	673	673
Nombre de persones ateses										
Centres d'adults (CSMA ⁶)	40.474	34.223	44.758	34.898	34.925	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	5.937	6.256	6.269	6.953	7.239	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517
Hospitals i altres	4.647	4.765	4.803	ND	4.829	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188
Centres de dia	713	1.339	1.395	1.516	1.504	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), CatSalut.

Notes: ¹A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis mobilitats, tant els bàsics com els avançats i l'atenció continuada s'identifica com la domiciliària. S'ha de tenir en compte a l'hora de comparar-ho amb anys anteriors, ja que la classificació emprada utilitzava criteris diferents. ²A partir de l'any 2006 la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002 el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable alta hospitalària de finançament públic que utilitza el CatSalut. Donat l'increment poblacional (any 2.000 vers 2.006: 11.2%), a partir de l'any 2.006, s'utilitza la població RCA per fer els càlculs de les taxes. ⁴PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és el CMBD – SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. ⁵EAIA: Equips d'avaluació integral ambulatoria (nou recurs del 2003). ⁶Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D, 10E, 10F, 10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. ⁷Els anys 2005 i 2006 no es disposa de les dades del CMIJ Ciutat Vella i CSMIJ Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ⁸El 2013 el CSMA /CSMIJ La Mina s'han integrat al CSMA Sant Martí Nord i CSMIJ Sant Martí Sud. El CSMA Maragall s'integra el 2013 al CSMA Dreta Eixample.

ND: no disponible.

ACRÒNIMS:

SEM: Servei d'Emergències Mèdiques

XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

PADES: Programa d'Atenció Domiciliària d'Equips de Suport

UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinar Sociosanitària

ETODA: Equips de teràpia en observació directa ambulatoria

La salut

Taula 3. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 2003-2013¹.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
HOMES											
Defuncions	8239	7688	8342	7664	7758	7483	7455	7439	7258	7572	7194
Taxa bruta x100.000 h.	1116,4	1024,3	1087,9	989,5	1020,4	965,7	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9
Taxa estandarditzada ² x100.000 h.	1484,4	1360,2	1453,9	1313,2	1318,7	1251,1	1220,5	1188,3	1133,4	1164,0	1084,2
Taxa APVP ³ estandarditzada ²	5146,3	4733,4	5011,2	4526,0	4434,8	4001,7	3953,9	3971,6	3594,8	3617,1	3617,1
Esperança de vida en néixer	76,9	77,7	77,1	78,3	78,3	79,0	79,2	79,2	80,0	79,9	80,7
DONES											
Defuncions	8747	7877	8577	7975	8130	8232	8196	7848	7938	8325	7905
Taxa bruta x100.000 h.	1057,2	942,2	1014,5	932,8	964,6	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6
Taxa estandarditzada ² x100.000 h.	830,5	742,5	790,0	715,4	715,4	712,0	692,7	650,3	634,0	655,7	611,0
Taxa APVP ³ estandarditzada ²	2215,1	1942,7	2067,5	1951,7	1941,0	1959,2	2004,6	1918,9	1790,3	1943,5	1943,5
Esperança de vida en néixer	83,8	84,8	84,4	85,4	85,2	85,2	85,3	85,9	86,2	85,7	86,6

Font: Registre de mortalitat. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors. ²La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001. ³APVP: Anys Potencials de Vida Perduts entre 1 i 70 anys.

Taula 4. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2003-2013².

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
HOMES											
Suïcidi	8,2	11,7	11,1	7,0	7,9	6,9	8,3	9,1	9,8	8,9	7,9
N	29	40	40	26	29	25	30	33	35	32	27
Sobredosis	14,4	10,9	13,4	11,3	7,9	3,7	10,2	10,1	7,0	7,0	4,0
N	51	39	49	43	29	13	39	37	26	25	15
Lesions per accident de trànsit	13,9	7,0	10,6	7,2	8,2	4,9	5,0	4,4	4,7	4,9	4,7
N	48	24	36	25	27	16	18	15	15	16	16
Sida	9,2	7,6	8,4	6,5	5,2	4,0	3,3	4,9	3,2	1,8	2,8
N	32	27	30	24	19	15	13	19	12	7	11
Malaltia isquèmica del cor	4,4	4,9	5,7	4,7	3,6	2,4	4,9	2,6	2,1	2,8	2,9
N	15	17	20	17	13	9	18	10	8	11	10
Cirrosis	3,3	4,3	3,1	4,1	3,1	2,2	2,4	1,9	1,8	2,6	1,8
N	11	15	11	15	11	8	9	7	7	10	7
Totes les causes	118,2	94,8	104,0	87,1	82,4	69,7	70,8	71,2	63,6	63,1	52,3
N	409	330	371	315	291	251	264	258	228	228	189
DONES											
Càncer de mama	2,9	4,3	4,8	3,3	5,2	4,0	2,7	6,1	2,7	2,4	3,2
N	10	15	17	12	19	15	10	23	10	9	12
Suïcidi	4,9	3,7	3,9	3,7	3,9	2,0	5,8	1,7	4,1	4,5	3,6
N	17	13	13	13	14	7	21	6	15	14	11
Sida	4,6	2,0	3,1	2,0	2,2	1,6	0,8	0,5	1,7	0,3	0,0
N	16	7	11	7	8	6	3	2	6	1	0
Malaltia cerebrovascular	2,0	0,3	0,6	1,7	1,8	0,8	0,5	0,6	1,7	0,5	0,0
N	7	1	2	6	6	3	2	2	6	2	0

Càncer de pulmó	2,6	1,4	1,4	2,8	1,1	1,1	1,1	1,4	1,1	1,3	1,8
N	9	5	5	10	4	4	4	5	4	5	7
Cirrosis	1,8	0,9	1,4	1,9	0,3	0,8	1,3	1,9	1,1	0,5	0,6
N	6	3	5	7	1	3	5	7	4	2	2
Totes les causes	51,5	39,6	47,6	42,6	43,5	38,7	41,7	36,6	35,4	36,9	26,9
N	178	138	167	152	154	140	149	132	124	127	95

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors.

Taula 5. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2003-2013².

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
HOMES											
Càncer de pulmó	183,8	173,0	193,0	189,8	184,2	174,2	160,5	168,3	160,7	147,9	157,6
N	449	421	465	458	436	411	376	391	379	347	373
Malaltia isquèmica del cor	140,0	131,9	132,8	117,6	109,3	104,1	102,9	107,6	92,8	105,7	87,7
N	338	318	315	279	254	243	237	254	211	241	207
Càncer de còlon	47,5	52,6	51,7	52,7	50,8	40,2	46,6	45,0	50,8	43,6	43,6
N	114	125	123	124	117	93	107	101	116	101	100
Cirrosi	38,1	51,2	40,9	43,5	38,8	33,9	40,6	42,9	36,3	39,0	31,1
N	94	126	100	107	96	83	100	104	87	96	78
Malaltia cerebrovascular	56,8	48,0	57,2	57,5	43,4	44,6	48,1	43,4	35,4	39,7	28,0
N	135	115	134	134	100	106	108	98	78	93	64
Totes les causes	1225,8	1201,8	1264,7	1172,8	1131,7	1065,3	1046,6	1067,6	985,4	958,2	951,7
N	2971	2902	3017	2793	2662	2501	2436	2467	2265	2230	2229
DONES											
Càncer de mama	43,9	51,1	45,9	46,0	45,3	49,8	40,8	46,6	43,1	35,0	43,4
N	132	152	138	138	133	146	121	136	126	104	128
Càncer de pulmó	22,5	27,1	30,6	26,1	28,1	33,0	32,8	39,7	35,2	35,2	38,3
N	68	81	92	78	83	99	96	117	104	105	113
Càncer de còlon	24,1	22,9	25,0	26,2	25,1	27,6	19,6	20,3	22,4	25,5	26,6
N	73	69	74	77	74	80	57	58	62	72	76
Malaltia cerebrovascular	30,4	22,9	22,4	18,3	19,4	27,0	23,8	21,0	18,9	23,1	19,2
N	93	69	68	54	57	76	68	60	53	64	54
Malaltia isquèmica del cor	32,9	20,8	27,5	23,3	23,5	18,4	16,0	19,0	15,4	18,3	18,9
N	101	64	82	68	66	53	44	53	42	50	52

Totes les causes	498,5	463,7	493,6	435,0	439,5	467,2	438,0	440,3	421,4	422,1	413,9
N	1517	1398	1473	1284	1278	1353	1255	1255	1189	1199	1182

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001 ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors.

Taula 6. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2003-2013².

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
HOMES											
Malaltia isquèmica del cor	1103,5	898,7	870,8	817,0	867,9	860,8	769,7	671,5	661,0	835,7	676,0
N	560	466	470	443	486	498	462	421	424	547	459
Bronquitis, asma i MPOC ³	730,6	608,2	758,3	645,0	621,5	554,0	635,5	491,5	495,8	555,0	469,4
	360	314	395	343	348	313	379	304	321	368	319
Malaltia cerebrovascular	786,6	764,6	767,1	687,9	657,4	552,2	570,3	503,2	480,4	467,4	474,7
N	387	387	398	370	361	314	338	312	306	307	322
Càncer de pulmó	460,9	462,7	447,7	475,0	498,7	511,7	451,1	497,7	462,0	423,9	455,3
N	250	262	258	276	304	315	285	325	309	285	305
Demència senil	468,3	343,5	381,3	388,7	356,7	323,3	329,8	343,8	346,7	385,3	394,1
N	250	262	258	276	304	203	216	214	216	246	261
Totes les causes	9679,6	8639,3	9303,9	8324,3	8542,4	8168,0	7937,8	7535,9	7324,8	7734,7	7026,7
N	4823	4409	4911	4519	4765	4691	4724	4674	4728	5086	4757
DONES											
Demència senil	478,1	389,2	397,2	379,5	358,2	349,2	340,7	358,3	362,1	416,6	376,5
N	566	464	500	488	476	486	499	539	577	679	627
Malaltia cerebrovascular	651,1	593,3	604,5	497,4	544,5	489,4	439,5	389,3	353,5	385,8	344,0
N	745	691	720	618	700	639	604	547	526	575	521
Malaltia d'Alzheimer	292,7	233,8	267,4	270,1	308,0	286,5	291,5	309,4	356,0	355,5	323,4
N	332	268	317	332	393	371	394	437	515	527	508
Malaltia isquèmica del cor	559,6	489,5	489,5	400,9	350,4	404,7	354,9	318,2	301,1	356,5	318,8
N	642	569	584	496	449	571	483	443	450	529	499
Insuficiència cardíaca	436,1	405,6	447,0	380,5	373,5	341,7	267,0	228,5	245,3	262,3	198,8
	515	486	552	491	495	467	376	339	389	411	323

Totes les causes	6127,1	5431,4	5779,7	5272,0	5259,6	5139,7	5034,3	4640,7	4558,6	4755,0	4390,4
N	7015	6296	6909	6508	6673	6708	6756	6433	6601	6969	6602

Font: Registre de mortalitat. ASPB.Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors. ³ MPOC: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.

Taula 7. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2003-2013¹.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mortalitat infantil											
Defuncions infantils a 0 anys	52	69	53	41	44	50	39	47	40	38	28
Taxa mortalitat infantil x 1.000 nascuts vius	3,6	4,7	3,6	2,8	2,9	3,2	2,6	3,1	2,7	2,6	2,0
Mortalitat perinatal											
Defuncions perinatals (=>500 g)	81	97	93	71	63	70	60	63	66	67	50
Taxa mortalitat perinatal x 1.000 (=>500 g)	5,7	6,4	6,2	4,8	4,2	4,5	4,0	4,2	4,4	3,5	3,6

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors.

Taula 8. Incidència de la tuberculosi segons país de naixement, districte i sexe. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. **Barcelona, 2014.**

<u>HOMES</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>
Autòctons	15,8	11,4	11,4
Immigrants	60,4	57,7	44,1
Total	27,7	24,6	23,7
<u>DONES</u>			
Autòctons	10,0	9,6	13,3
Immigrants	51,4	62,1	27,7
Total	15,3	16,1	13,3

Font: Registre de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996.

Taula 9. Incidència de VIH segon país de naixement i sexe en edats de 15 a 64 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2014.

	2012	2013	2014
HOMES			
Autòctons	43,7	48,3	41,5
Immigrants	84,8	85,2	92,3
Total	54,5	59,4	56,9
DONES			
Autòctones	2,0	5,4	2,6
Immigrants	9,7	15,5	12,3
Total	4,9	8,7	5,5

Font: Registre de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996.

Taula 10. Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	9,2	9,1	8,9	8,6	8,7
Dones 15-49 anys					
Fecunditat					
Nombre de naixements	14.952	14.754	14.498	13.972	13.984
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	37,7	37,7	37,2	36,2	36,6
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	35,8	36,7	36,3	35,0	35,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	44,5	41,8	40,4	40,2	40,2
Nombre d'IVE ¹	6.788	6.367	6.088	6646	5658
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	17,1	16,3	15,6	17,2	14,8
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	11,4	11,7	11,9	13,2	12,2
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	32,9	28,2	25,6	28,0	22,1
Nombre d'embarassos	21.740	21.121	20.586	20.618	19642
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	54,9	54,0	52,8	53,5	51,4
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	47,2	48,5	48,2	48,2	48,0
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	77,4	70,0	65,9	68,2	62,3
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	31,2	30,1	29,6	32,2	28,8
Resultats de l'embaràs					
% naixements amb només un dels pares de fora de l'estat Espanyol	14,8	14,4	14,7	14,9	15,9
% naixements amb tots dos pares de fora de l'estat Espanyol	28,5	27,7	27,9	28,0	28,1
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	6,7	7,1	8,1	7,3	7,4
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,4	6,2	7,8	6,4	6,5
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,3	6,4	6,5	6,5	6,8
Adolescents (dones 15-19 anys)					

Fecunditat

Nombre de naixements	234	214	212	213	188
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	7.5	6.9	6.9	7.0	6,1
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	3.9	3.9	3.1	3.6	3,5
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	21.4	17.7	20.2	19.1	15,5
Nombre d'IVE	652	619	589	579	472
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	20.8	19.9	19.0	19.0	15.4
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	16.4	14.7	14.6	13.6	12.0
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	38.1	39.1	35.7	38.3	28.2
Nombre d'embarassos	886	833	801	792	660
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	28.3	26.7	25.9	26.0	21.5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	20.3	18.7	17.7	17.3	15.5
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	59.5	56.8	55.9	57.4	43.7
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	73.6	74.3	73.5	73.1	71.5

Resultats de l'embaràs

% naixements amb només un dels pares de fora de l'estat Espanyol	18.5	16.5	13.1	15.0	11.7
% naixements amb tots dos pares de fora de l'estat Espanyol	54.3	53.5	58.1	40.8	34.6
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8.5	6.5	10.8	6.1	8.5

Cont.

	2010	2011	2012	2013	2014
Dones 20-34 anys					
Fecunditat					
Nombre de naixements	9043	8643	8254	7822	7726
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	51.3	50.8	49.3	48.2	48.9
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	50.0	50.4	48.7	47.1	48.8
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	60.5	57.7	55.6	55.1	55.6
Nombre d'IVE	4705	4326	4129	4404	3617
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	26.7	25.4	24.6	27.1	22.9
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	18.6	19.4	20.3	22.6	20.1
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	44.7	38.3	35.1	38.7	30.7
Nombre d'embarassos	13748	12969	12383	12226	11343
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	78.1	76.2	73.9	75.4	71.8
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	68.6	69.7	69.0	69.7	68.9
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	105.2	96.1	90.7	93.9	86.3
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	34.2	33.4	33.3	36.0	32

Resultats de l'embaràs²

% naixements amb només un dels pares de fora l'estat Espanyol	14.1	13.0	13.6	13.7	14.6
% naixements amb tots dos pares de fora l'estat Espanyol	34.7	35.7	35.3	35.2	34.7
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	5.8	5.9	7.1	6.5	7.1
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	5.3	4.8	6.7	5.8	6.1
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6.0	6.2	6.5	6.4	6.6

Dones 35-49 anys

Fecunditat					
Nombre de naixements	5675	5897	6032	5937	6070
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	30.1	31.0	31.5	30.8	31.4
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	30.7	32.6	33.4	32.2	32.8

Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	26.5	25.0	24.7	26.0	27.0
Nombre d'IVE	1431	1422	1370	1663	1569
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	7.6	7.5	7.1	8.6	8.1
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	5.2	5.7	5.5	6.7	6.9
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	16.1	13.7	12.6	14.5	12.2
Nombre d'embarassos	7106	7319	7402	7600	7639
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	37.7	38.5	38.6	39.4	39.5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	35.9	38.3	38.8	38.9	39.7
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	42.5	38.7	37.3	40.4	39.1
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	20.1	19.4	18.5	21,9	20.5

Resultats de l'embaràs

% naixements amb només un dels pares de fora l'estat Espanyol	15.7	16.6	16.3	16.5	17.6
% naixements amb tots dos pares de fora l'estat Espanyol	17.6	16.7	16.8	18.0	19.2
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	8.1	8.9	9.3	8.4	7.6
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	7.9	8.2	9.1	7.1	7.0
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6.7	6.8	6.5	6.7	7.0

Font: Registre de naixements i registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Registre de naixements de l'IDESCAT, Generalitat de Catalunya. Padró de població, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Nota: ¹IVE: Interrupció Voluntària de l'Embaràs ²En aquest grup d'edat, els indicadors de resultats de l'embaràs presenten nombres molt baixos i amb una alta fluctuació entre els anys. Per això es presenta l'indicador recomanat per l'OMS: el baix pes en néixer per edat gestacional (percentil 10).

Taula 11. Evolució de les malalties professionals amb baixa segons diagnòstic i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 2005-2014.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
Total (N)	448	438	321	296	181	217	262	289	189	246	171	213	187	222	192	217	200	247	201	258
Percentatges																				
Malalties per agents químics ¹	0,7	3,5	1,3	0,4	5,5	5,5	8,0	4,8	7,4	5,3	5,8	10,8	7,0	6,8	10,9	3,7	8,0	6,9	6,5	8,9
M. per fatiga de beines tendinoses	74,5	71,9	80,8	70,9	65,7	53,5	69,5	64,7	69,8	53,3	59,1	61,0	71,1	59,0	67,7	55,8	70,0	50,6	65,7	53,1
M. per paràlisi dels nervis deguda a pressió	8,2	13,2	5,8	17,9	8,30	12,9	4,6	16,6	5,3	15,0	17,5	12,2	11,2	19,4	7,8	20,7	13,5	21,1	9,5	17,1
M. per altres agents físics	5,4	2,1	2,2	0,7	10,5	5,5	7,6	4,5	6,9	4,1	7,0	9,9	2,7	3,2	6,8	4,1	4,5	10,1	8,0	7,4
M. per agents biològics	0,2	1,2	1,3	2,8	0,5	13,4	1,5	4,1	5,3	15,4	1,8	2,3	1,6	7,2	1,6	3,7	1,0	4,5	3,5	8,5
M. de la pell	11,0	8,0	8,4	7,4	9,4	9,2	8,4	5,2	4,8	6,9	8,2	3,8	5,3	4,5	4,7	12,0	3,0	6,9	6,5	5,0
M. per agents carcinògens	-	-	-	-	-	-	0,4	-	0,5	-	0,6	-	1,1	-	0,5	-	-	-	0,5	-

Font: Elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya - Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema Comunicació de enfermedades profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).

Notes: ¹ El grup de malalties per agents químics inclou les malalties causades per inhalació de substàncies i agents no compresos en altres apartats.

L'any 2007 va entrar en vigor un nou quadre de malalties professionals i va canviar el sistema de notificació. Tot i que no hi ha hagut modificacions respecte la classificació en grans grups, si que s'ha produït una ampliació de les malalties reconegudes com a professionals, fet que cal tenir en compte per la comparació amb anys anteriors. El grup "Malalties per agents biològics" correspon al grup "Malalties infeccioses i parasitàries" en les dades anteriors a 2007 i el grup "Malalties per agents carcinògens" al grup "Malalties sistèmiques".

A partir de l'informe de salut de 2012 es publiquen les dades de l'últim decenni; la informació dels anys anteriors es pot consultar en l'informe de salut de 2011.

Taula 12. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball segons tipus de lesió i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2005-2014.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
Lesions greus per accident de treball																				
Total	373	105	368	89	356	92	328	89	283	75	226	69	217	68	183	64	161	70	157	54
<i>In itinere</i>	29,8	50,5	30,7	47,2	35,4	37,0	30,5	52,8	43,5	54,7	38,9	66,7	36,4	51,5	44,3	54,7	48,4	52,9	43,3	59,3
<i>En jornada laboral:</i>																				
No traumàtiques	1,6	-	3,8	1,1	3,9	2,2	5,8	1,1	4,2	-	7,1	1,4	4,1	1,5	7,1	4,7	9,3	2,9	9,6	3,7
De trànsit	5,9	3,8	7,9	7,9	8,4	7,6	7,9	4,5	8,5	9,3	9,3	7,2	10,6	5,9	9,8	7,8	4,3	2,9	8,3	1,9
Resta traumàtiques	62,7	45,7	57,6	43,8	52,2	53,3	55,8	41,6	43,8	36,0	44,7	24,6	48,8	41,2	38,8	32,8	37,9	41,4	38,9	35,2
Lesions mortals per accident de treball																				
Total	38	6	51	8	27	2	29	2	28	6	20	3	19	1	26	5	15	1	13	4
<i>In itinere</i>	36,8	66,7	19,6	75,0	25,9	-	27,6	50,0	35,7	66,7	35,0	66,7	31,6	100,0	30,8	60,0	46,7	100,0	30,8	75,0
<i>En jornada laboral:</i>																				
No traumàtiques	7,9	33,3	29,4	12,5	18,5	50,0	24,1	-	35,7	16,7	25,0	-	26,3	-	19,2	20,0	26,7	-	30,8	-
De trànsit	23,7	-	9,8	12,5	11,1	50,0	13,8	-	-	-	25,0	-	10,5	-	3,8	20,0	13,3	-	23,1	-
Resta traumàtiques	31,6	-	41,2	-	44,4	-	34,5	50,0	28,6	16,7	15,0	33,3	31,6	-	46,2	-	13,3	-	15,4	25,0

Font: Registre d'accidents de treball. Departament de Treball, Generalitat de Catalunya.

Notes: A partir de l'informe de salut de 2012 es publiquen les dades de l'últim decenni; la informació dels anys anteriors es pot consultar en l'informe de salut de 2011.

Taula 13. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2005-2013.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
Total	108	177	333	214	144	258	151	266	206	319	228	363	196	334	149	254	162	295	158	307
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	15,7	20,9	16,2	18,2	22,2	16,3	20,5	20,9	25,7	18,8	22,5	17,6	23,7	12,6	20,1	19,7	29,0	15,6	24,7	17,3
M. del sistema respiratori	3,7	1,7	1,8	2,8	4,9	1,9	2,0	3,0	3,4	2,2	4,4	1,1	2,1	3,3	4,0	2,4	1,2	2,4	3,8	2,3
Trastorns mentals i del comportament	66,7	62,1	73,9	72,4	63,9	70,5	66,9	63,1	58,7	66,8	61,7	73,6	60,8	74,3	56,4	65,4	58,6	72,5	60,1	72,0
M. del sistema nerviós	0,9	2,3	1,2	1,9	0,7	3,5	2,0	3,4	3,4	2,2	,4	1,4	2,1	2,4	4,0	3,5	1,2	2,7	1,3	1,6
Traumatismes i enverinaments	10,2	4,0	1,5	1,4	3,5	1,9	2,6	2,7	2,4	3,1	4,0	3,0	6,7	1,8	5,4	3,9	2,5	1,4	4,4	1,3
Altres	2,8	9,0	5,4	3,3	4,9	5,8	6,0	6,8	6,3	6,9	7,0	3,3	4,6	5,7	10,1	5,1	7,4	5,4	5,7	5,5

Font: Registre de malalties relacionades amb el treball. Unitat de Salut Laboral de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: A partir de l'informe de salut de 2012 es publiquen les dades de l'últim decenni; la informació dels anys anteriors es pot consultar en l'informe de salut de 2011.

Taula 14. Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons el sexe, el grup d'edat i el vehicle. Barcelona, 2014.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Autobús		Camió		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																		
0 a 13 anys	60	3,9	18	0,5	9	1,4	1	,3	7	7,1	0	,0	1	7,1	101	18,9	197	2,8
14 a 17 anys	16	1,0	21	0,6	21	3,2	26	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	3,6	103	1,5
18 a 29 anys	391	25,4	1.048	27,8	365	55,0	124	36,0	5	5,1	5	15,6	4	28,6	74	13,9	2.016	28,8
30 a 44 anys	561	36,5	1.593	42,3	195	29,4	113	32,8	16	16,3	17	53,1	5	35,7	97	18,2	2.597	37,1
45 a 64 anys	375	24,4	972	25,8	67	10,1	67	19,5	24	24,5	9	28,1	4	28,6	119	22,3	1.637	23,4
65 a 74 anys	50	3,2	81	2,1	3	0,5	11	3,2	15	15,3	1	3,1	0	0,0	39	7,3	200	2,9
74 anys o més	30	1,9	12	0,3	1	0,2	2	0,6	31	31,6	0	0,0	0	0,0	77	14,4	153	2,2
Desconegut	56	3,6	25	0,7	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,3	91	1,3
Total	1.539	100	3.770	100	664	100	344	100	98	100	32	100	14	100	533	100	6.994	100
Dones																		
0 a 13 anys	61	4,7	17	1,1	4	0,7	2	1,4	5	1,7	0	0,0	1	5,3	42	6,5	132	3,0
14 a 17 anys	33	2,6	14	,9	14	2,6	8	5,4	2	0,7	0	0,0	2	10,5	25	3,9	98	2,2
18 a 29 anys	341	26,5	511	34,3	299	55,6	55	37,2	20	6,9	0	0,0	4	21,1	79	12,2	1.309	29,6
30 a 44 anys	418	32,5	590	39,6	155	28,8	63	42,6	38	13,1	0	0,0	3	15,8	120	18,6	1.387	31,4
45 a 64 anys	311	24,2	342	22,9	63	11,7	19	12,8	81	28,0	0	0,0	5	26,3	179	27,7	1.000	22,6
65 a 74 anys	60	4,7	10	0,7	0	0,0	1	0,7	57	19,7	0	0,0	2	10,5	82	12,7	212	4,8
74 anys o més	47	3,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	84	29,1	0	0,0	2	10,5	107	16,6	241	5,5
Desconegut	15	1,2	6	0,4	3	0,6	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	12	1,9	38	0,9
Total	1.286	100	1.491	100	538	100	148	100	289	100	0	0,0	19	100	646	100	4.417	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

